

笹川医学奖学金项目共同研究

申请须知

2021 年(第 44 期)

填写申请表前，请务必仔细阅读本须知。

申请人须尊重此项目的精神，按要求认真仔细地填写。申请表及相关提交的资料是评选的重要依据，请简明扼要、精准地表述，出现错别字、内容敷衍了事或者罗唆冗长等可能被视为缺乏能力。

申请表内容不详实、填写有遗漏、提交资料不全的视为无效申请，不予受理。

提交申请资料注意事项

- 1) 请对照以下 1~8 项“必须提交文件”，备齐所有文件后，方可提交。如有疑问，请及时咨询。
- 2) 除健康诊断书以外的表格全部使用电脑填写，不可手写(签名除外)。
- 3) 使用指定的语言在相应的栏目内填写，不得将内容填写到表格之外。
- 4) 必须提交的所有文件的原件或复印件请使用 A4 纸，单面打印或复印，复印内容要清晰。
- 5) 申请表等表格请打印清晰，保持页面垂直没有歪扭。
- 6) 为了方便评委打印扫描，所有文件切勿装订!

必须提交资料

1. 中日笹川医学奖学金项目(共同研究型)申请表 2 份
2. 中华人民共和国居民身份证(复印件正反两面) 2 份
3. 医师(口腔医师)、护士等执业资格证书(复印件) 2 份
4. 中国所属单位出具的在职证明书(盖章原件) 2 份
现在所属单位负责人签发的在职证明书原件。
证明内容: 姓名、性别、出生年月日和籍贯、毕业时间和毕业院校及专业、现工作单位及部属、职业、职称和职务，并统一要求盖人事部门公章。证明书落款处标明出具日期。
5. 最高学历毕业证书以及学位证书 2 份
 - 1) 最高学历毕业证书以及学位证书，不包括修结业证书。
 - 2) 若校名与证书(证明书)的校名不符时，需提供该大学出具的“校名变更证明”(原件)。
 - 3) 只提交学位证书者，需颁发学位证书的大学等机关开具未交付毕业证书的理由书(原件)。
 - 4) 毕业证等证书上记载的姓名、出生年月日等信息与身份证不同时，需毕业学校出具姓名、出生年月日笔误证明书(原件)。
6. 近 5 年内发表的英文论文复印件(限 3 篇) 2 份
7. 本次共同研究相关的日方合作者的代表性论文复印件(限 1 篇) 2 份
8. 照片 4 张
长 4cm×宽 3cm，2021 年 3 月以后拍摄的免冠、正面、上半身无背景彩照，2 份申请表上各贴 1 张，还需相同照片 2 张(照片背面用中文写好申请人姓名)，共计需 4 张，请注意保持照片清洁。
9. 笹川医学奖学金项目推荐表 1 份

申请表填写方法

1. 个人信息

★填写语言：中文(简体字)

- 1) 姓名、性别、出生年月日必须与“身份证”的内容一致。
- 2) 〈籍贯〉只填写省、直辖市、自治区一级。

2. 所属单位

★填写语言：中文(简体字)

- 1) 〈所属单位名称〉要填写正式名称，并与在职证明书一致。
- 2) 〈职称〉按中国政府指定的职称标准规定填写，并与在职证明书一致。
如：副主任医师、助理研究员、主管药师等。
- 3) 〈地址〉写清楚邮政编码、省、市、区、街道及门牌号码。

3. 家庭住址

★填写语言：中文(简体字)

- 1) 写清楚邮政编码、省、市、区、街道及门牌号码。

4. 学历

★填写语言：中文(简体字)

- 1) 要填写中国现行学制的大学开始的所有正规教育学历（不包括进修学历）。
- 2) 学校名称、专业名称、入学日期、毕业日期按照毕业证书上的内容填写。

5. 工作经历

★填写语言：中文(简体字)

- 1) 按历年顺序填写工作经历。
- 2) 工作经历必须填写〈所在单位名称〉、〈科室〉、〈职称〉。

6. 出国经历

★填写语言：中文(简体字)

请如实填写包括日本在内的出国经历（近 5 年内）。如填写的内容与事实不符，申请日本入境签证将被拒签。

7. 在中国进行的研究・临床内容

★填写语言：英语

- 1) 目前在中国从事的研究和临床内容等，要尽量具体、详细地填写。
- 2) 请主要填写与本共同研究有关联性的研究内容。

8. 计划在日本进行共同研究的内容

★填写语言：英语

- 1)除了填写日方合作者所在单位、部门、职务等的准确信息外，还需详细填写日方合作者的研究领域、研究内容的关键词、代表性论文的题目。同时提交 1 篇与本次共同研究内容相关的代表性论文的复印件或电子版。
- 2)请填写与日方合作者开展共同研究的意义与必要性。
- 3)请填写在日本进行合作研究的题目以及具体的研究方法。
- 4)请填写日方合作者在本次申请的共同研究中所起的作用以及目前的准备情况。
- 5)请填写申请者是否具备实施本次共同研究内容的能力以及日方的合作研究环境。
- 6)请填写共同研究是否涉及伦理委员会以及合规问题
- 7)请填写共同研究的具体进度的时间安排
- 8)请填写本奖学金资助结束后有关该共同研究的今后计划与打算

※ 提交申请表后，不得变更已经申报的日方合作研究单位与合作研究者。

9. 执笔论文

★填写语言：论文原文语言

- 1)论文题目、登载的杂志名请按照原文的语言填写。
- 2)共同执笔的论文请填写第一至第二作者、通讯作者的姓名及影响因子
- 3)将提交的论文前面的“□”选成“■”。
- 4)申请表填写栏不够时，可以自行添加。

保证以上申请表中所填写的内容真实、可靠、无需报，申请人签名

10. 健康诊断书的填写方法

★填写语言：英文或中文

- 1)诊断书由申请人以外的具有医师资格的医师经过诊断后填写。
- 2)未写医院名称、医师名称、未盖公章以及被认定由申请者本人填写的诊断书视为无效。

11. 共同研究同意书的获得方法

- 1)按照自己的研究内容自行联系落实日方的合作研究单位与合作者。
- 2)为取得同意接收函，请将填写完整的申请表（附件 2）发给日方合作者。
- 3)同意书需要日方合作者在确认申请表（附件 2）后，填写申请表（附件 2）中的共同研究同意书并打印签名。而后将扫描的 PDF 彩色版同意书通过电子邮件发回申请人。
- 4)**同意书中如果没有在申请表已读确认栏中打钩，视作无效。**
- 5)同意书中“一. 申请者”一栏的信息请申请人填写。
- 6)同意书中“二. 接收同意书”一栏，请日方合作者用**英语**填写并签名。

■在与日方合作者联系的过程中的注意事宜：

- 1)除了向日方合作者介绍自己的简历外，还请介绍自己的研究业绩及希望在日本从事研究的详细内容，必要时请附上相关资料，以便日方合作者对自己有一个具体了解。
- 2)请明确告知日方合作者，申请人目前还只是该项目的候选人，尚未取得正式的奖学金获得者资格。

附件 4

3) 关于“中日笹川医学奖学金项目”的内容，请参考《国家卫生健康委办公厅关于开展第 44 期中日笹川医学奖学金项目选拔工作的通知》，正确理解其内容，并准确告知日方合作者。

4) “中日笹川医学奖学金项目”的英文名称如下：

China-Japan Sasakawa Medical Fellowship

12. 项目推荐表（右下方）主管部门意见

1) 省级卫健委。

2) 部级单位及部级院校人事部门。

咨询及招生管理

全部申请资料请于 2021 年 9 月 30 日之前发送至下列地址。（以邮戳日期为准）

笹川医学奖学金项目办公室

1) 联系人 吴久利

2) 地 址 邮政编码 100082

北京市西直门北大街联慧路 101 号西晴公寓 C 座 0248 室

3) 电 话 010-62256266 手机: 15901208067

4) 传 真 010-62256266

5) E-mail sc1000@vip.163.com

特 别 提 示

申请资料寄送前, 请务必对照“必须提交资料”项目, 确认提交资料无误。
如申请表内容不详实, 出现遗漏, 以及提交资料不全者, **将视为无效申请, 不予受理。**

申请资料提交后不得更换。

提交的申请资料不予以退还本人。