**中華民國血液病學會  
青年羅氏淋巴相關血液疾病研究獎申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性別 |  | | 會員編號 |  |
| 出生年月日 | 民國 年 月 日 | | | | | |
| 通訊地址 |  | | | | | |
| 聯絡電話 |  | | | | | |
| 學 歷 |  | | | 民國 年 月畢業 | | |
| 經 歷 |  | | | | | |
| 現服務單位或醫院名稱職位 |  | | | | | |
| 論 文 主 題 |  | | | | | |
| 期刊排名（前一年之JCR）＊備註1 | Impact factor: \_\_\_\_\_\_\_\_。 Rank: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ （\_\_\_\_\_%）  Category: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 刊登期刊名稱及時間卷頁 |  | | | | | |
| 論 文 簡 介 |  | | | | | |
| □聲明本篇論文尚未獲其他獎勵。（申請者獲其所屬機構獎勵者，不在此限）  申請人簽章（請親筆親名或用電子章）：  □聲明本篇論文共同作者放棄參選。  共同第一作者/通訊作者簽章（請親筆親名或用電子章）： （如不適用，免簽名）  中華民國 年 月 日 | | | | | | |

備註1：2014年度參選者請填寫2013 JCR，2015年度參選者請填寫2014 JCR，以此類推。

備註2：請附論文