

国家卫生和计划生育委员会办公厅

国卫办国际函〔2016〕33 号

国家卫生计生委办公厅关于开展 2016 年度 第 39 期笹川医学奖学金 项目研究员选拔工作的通知

各省、自治区、直辖市卫生计生委,新疆生产建设兵团卫生局,委直属和联系单位,总后卫生部科训局,各有关单位:

根据中日双方签署的《中日笹川医学合作项目协议书》,2016 年度将选派第 39 期笹川医学奖学金项目研究员赴日学习一年。现将选拔工作有关事项通知如下:

一、选拔范围

被推荐人员须为以下单位的正式工作人员:

- (一)各省(区、市)卫生计生委及直属医疗、科研、预防、保健等单位;
 - (二)各直辖市的区级医疗卫生机构;
 - (三)省会城市市级医疗、科研、预防、保健等单位;
 - (四)高等医学院校(包括医学专科学校);
 - (五)国家卫生计生委的直属和联系单位;
 - (六)总后卫生部直属的医疗、教学、科研、预防、保健等单位;
 - (七)有关部、委、局直属的医药卫生机构。
-

二、被推荐人员资格条件

(一)1980 年 4 月 1 日以后出生。

(二)大专毕业从事本专业工作 5 年以上,大学本科毕业从事本专业工作 3 年以上,硕士研究生毕业从事本专业工作 1 年以上,或已具备中级专业技术职称。不包括在读的硕士、博士研究生。

(三)英语达到托福(TOEFL)550 分以上或网考 80 分以上、雅思 5.5 分以上,或日语达到日本国际教育支援协会或国际交流基金组织的日语能力测试 2 级以上成绩。提交的外语能力资格证书必须在有效期内。

(四)被推荐人员业务素质及其他要求

1. 被推荐人员应当具备较好的政治素养,思想觉悟高,诚实守信,业务能力强,身体健康,拥有专业论文、论著、科研成果等;

2. 被推荐人员有去日本学习研究的愿望,研究目的明确,能顺利开展研究活动,愿为提高中国医疗水平作出贡献;

3. 优先推荐急需紧缺人才,如培训护理、药师、卫生应急、卫生监督、精神卫生、儿科医师等领域人才;

4. 优先推荐国家临床重点专科建设项目所在单位人员,承担或参与重点项目的学科带头人、业务骨干及管理人员;

5. 被推荐人员应当符合所在学位报考在职学历教育和访问学者的有关规定。

6. 应当充分考虑被推荐人员所在科室的科研和工作条件及其回国后的工作安排,保证被推荐人员在完成学习任务后能按期回国服务;

7. 被录取后,无特殊情况不可放弃。

三、费用

在日期间的研修费用由奖学金承担;在日期间的生活费和住宿费共计 10 万元人民币由派出单位承担;被推荐人面试往返交通费和住宿费、国内语言培训费以及 1 次往返日本国际旅费由派出单位承担。

四、选拔程序

2017 年度第 39 期笹川医学奖学金研究员先由中方专家评审委员会从全国被推荐人选中盲选 40 人,经中日双方共同面试后,选定不超过 30 名人员,办理相关手续后,于 2017 年 4 月初赴日学习。

五、申请材料填写及报送要求

为确保选拔录取工作顺利进行,各省级卫生计生行政部门请于 2016 年 3 月 30 日前,将本通知复印件印发给各单位及被推荐人员本人。被推荐人员收到通知后,可通过个人渠道或奖学金项目渠道了解适合本人的研究专业,联系在日本的研究单位,并取得初步同意接收函(格式不限,电子邮件、信函均可)。

收到接收函后,按照《填写方法》填写后附推荐表和申请书,并准备申请所需的相关材料,所有材料一式两份,于 2016 年 7 月 15 日前(以当日邮戳为准)寄至笹川医学奖学金进修生同学会,并同时将申请书电子版发送邮件至 sc1000@vip.163.com。申请书、推荐表和填写方法请从 www.sskw.net 下载。

申请材料逾期未报或缺项、少项、不全者不予评审。

联系人:笹川同学会办公室吴久利、陈怡、李忠金

电话:010—82211350;

传真:010—82211352

邮件:sc1000@vip.163.com

网址:www.sskw.net

地址:北京市西直门北大街联慧路 101 号西晴公寓 C 座
0248 室

邮编:100082

附件:1. 中日笹川奖学金项目推荐表

2. 笹川医学奖学金制度第 39 期研究者申请书

3. 笹川医学奖学金项目第 39 期研究员申请须知



(信息公开形式:依申请公开)

附件 1

笹川医学奖学金项目推荐表

项目名称				项目编号	
姓 名		性 别		年 龄	
出生日期		出生地		英语水平	
工作单位				职务职称	
联系电话		手机		对外身份	
项 目 起 止 时 间	年 月 日至 年 月 日				
征求意见函 发 往 单 位					
任务通知书 发 往 单 位					
个人简历（从大学起，并请说明所学专业及现工作内容）					
所在单位意见：			主管部门意见：		
年 月 日(公章)			年 月 日(公章)		

日中笹川医学奨学金制度第 39 期研究者申請書

※本申請に関する個人情報を審査・発表等に必要の場合は第三者に提供(公開)することに同意し申請します。(本人同意在审查及发表需要时将个人信息提供给第三者。)

記入日

年

月

日

◎本申請書除指定栏目以外均请使用中文填写。(本申請書は、指定した項目を除き中国語で記入して下さい。)

1. 個人情報(个人信息)

氏名(姓名)	簡体字(汉字)	姓		名	
	ピン音(汉语拼音)	姓		名	
性別(性别)	☐ 男・ ☐ 女	生年月日(生日)	19 年 月 日		
出生地(出生地点)	☐ 省・ ☐ 市・ ☐ 自治区				
パスポート	☐ 有(有)・ ☐ 無(无)	パスポート No. (护照 No.)			
パスポート有効期限(有效期限)	20 年 月 日				
査証(日本签证)	☐ 有(有)・ ☐ 無(无)	査証種類(签证种类)			
査証有効期限(有效期限)	20 年 月 日				
配偶者(配偶)	☐ 有(有)・ ☐ 無(无)	配偶者名(姓名)		子供(子女)	人

照 片
长 4cm×宽 3cm

2015年
3月31日以后
拍摄的照片

在日家族(父母、配偶、子女、兄弟姐妹等)					☐ 有(有)・ ☐ 無(无)
氏名(姓名)	続柄(关系)	年齢(年龄)	勤務先名・学校名(单位・学校名称)	在留資格(在留资格)	
		歳(岁)			
		歳(岁)			
		歳(岁)			
宗教上の生活習慣など特別な配慮(宗教方面的生活习惯或其他需要特别考虑的情况)					☐ 有(有)・ ☐ 無(无)
状 況 説 明 : (情况说明)					

2. 所属機関(所属单位)

单位名称(名称)					
部署名(科室名)					
役職(职称)					
所在地(地址)	郵便番号(邮编)				
代表電話(总机)			内線(内线)		
直通電話(直通)			Fax(传真)		
E-mail			携帯電話(手机)		

3. 自 宅(家庭住址)

住所(地址)	郵便番号(邮编)		☐ 省・ ☐ 市・ ☐ 自治区
電話(电话)		内線(内线)	携帯電話(手机)
E-mail			

4. 学 歴(学历) 「高級中学」から記入して下さい(从高中开始填写)

期 間(期间)	学校・学部学科名(学校・专业名称)	取得学位(学位)
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		

5. 職 歴(工作经历)

期 間(期间)	所属機関・部署名(所在单位・科室)	役職名(职称)
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		

6. 渡航歴(出国经历) 学会発表などは短期滞在も記載すること(在学会上进行发表等短暂滞留也需填写)

期 間(期间)	国 名(国名)	渡航目的(出国目的)
年 月 日～ 年 月 日		
年 月 日～ 年 月 日		
年 月 日～ 年 月 日		

7. 外国語能力(外语能力)

I	取得年月(时间)	受験言語(语言)	聴 解(听力)	筆 記(笔试)	総合点(总分)
IELTS(International English Language Testing)	年 月	☐ 英 語(英语)	BAND SCORE /9.0	BAND SCORE /9.0	BAND SCORE /9.0

II	取得年月(时间)	N1-N5(等级)	文字・語彙(词汇)	聴 解(听力)	読解・文法(阅读)	総合点(总分)
日本語能力試験 (日语能力試験)	年 月		/60	/60	/60	/180

III	取得年月(时间)	Reading	Listening	Speaking	Writing	Total Score
TOEFL(iBT)	年 月	/30	/30	/30	/30	/120

IV	取得年月(时间)	Listening	Structure	Reading	Writing	Total Score※
TOEFL(PBT)	年 月	/31～68	/31～68	/31～67	/1～6	/310～677

V その他(其他)	取得年月(时间)					Total Score
	年 月					

※Total Score = (Listening+Structure+Reading) × 10 ÷ 3

8. 助成金等の申請(其他奖学金的申请情况)

現在申請中の助成金等(予定も含む)(现在正在申请的其他奖学金(含预定)) ☐有(有)・☐無(无) 申請期間(申请期间): 年 月～ 年 月

助成金・奨学金の名称(奖学金名称)	
テーマ(课题)	

日本における助成金等の受給実績(在日本接受奖学金的经历) ☐有(有)・☐無(无) 受給期間(接受期间): 年 月～ 年 月

助成金・奨学金の名称(奖学金名称)	
テーマ(课题)	

9. 中国で行っている研究・臨床内容(日本語または英語で具体的かつ詳細に記入して下さい)

提交日方用: 在中国进行的研究・临床内容 (使用日语或英语详细填写)

9. 提交中方用:在中国进行的研究·临床内容 (使用中文详细填写)

10. 日本での研究希望内容(日本語または英語で記入して下さい)

提交日方用:希望在日本进行研究的内容,使用日语或英语填写

機 関 名 (研究単位)			
部 署 名 (所属科室)			
指 導 者 名 (指导教官)		役 職 (职务)	
研究希望テーマ (希望进行研究的课题)			
1) 上記指導者を志望した理由(具体的に記入して下さい) 选择上述指导教官的理由(请使用日语或英语详细填写)			
2) 上記指導者の研究と自身の研究との関連性(具体的に記入して下さい) 以上指导教官的研究与自身的研究内容的关联性(请使用日语或英语详细填写)			

3) 研究希望内容(以下の項目について具体的かつ詳細に記入して下さい) 提交日方用:希望研究的内容(下列项目请使用日语或英语具体、详细地填写)	
希望する研究の背景と目的(希望研究的背景和目的)	
希望する研究方法(希望的研究方法)	
期待される研究成果と波及効果(期望取得的科研成果和会产生的影响、效果等)	

10. 提交中方用: 希望在日本进行研究的内容(使用中文详细填写)

研 究 单 位			
所 属 部 门			
指 导 教 官		职 务	
研 究 课 题			
1) 选择上述指导教官的理由(请使用中文具体、详细地填写)			
2) 以上指导教官的研究与自身的研究内容的关联性			

2) 希望进行研究的内容（下列项目请使用中文具体、详细地填写）
希望研究的背景和目的
希望的研究方法
期望取得的研究成果和会产生的影响、效果等

11. 執筆論文(提出する論文及び抄録には“×”印をつけて下さい)

執筆論文(提交的論文以及抄録在方框内打×, 填写论文名时请使用论文原文的语言填写)

☐ 論文名(论文名)						
掲載誌名(登載杂志)						
	年	月	巻(号)	頁～	頁	☐ 中国語(中文)・ ☐ 英語(英語)・ ☐ 日本語(日語)
第 1 著者名(第 1 作者)			第 2 著者名(第 2 作者)			第 3 著者名(第 3 作者)

☐ 論文名(论文名)						
掲載誌名(登載杂志)						
	年	月	巻(号)	頁～	頁	☐ 中国語(中文)・ ☐ 英語(英語)・ ☐ 日本語(日語)
第 1 著者名(第 1 作者)			第 2 著者名(第 2 作者)			第 3 著者名(第 3 作者)

☐ 論文名(论文名)						
掲載誌名(登載杂志)						
	年	月	巻(号)	頁～	頁	☐ 中国語(中文)・ ☐ 英語(英語)・ ☐ 日本語(日語)
第 1 著者名(第 1 作者)			第 2 著者名(第 2 作者)			第 3 著者名(第 3 作者)

☐ 論文名(论文名)						
掲載誌名(登載杂志)						
	年	月	巻(号)	頁～	頁	☐ 中国語(中文)・ ☐ 英語(英語)・ ☐ 日本語(日語)
第 1 著者名(第 1 作者)			第 2 著者名(第 2 作者)			第 3 著者名(第 3 作者)

☐ 論文名(论文名)						
掲載誌名(登載杂志)						
	年	月	巻(号)	頁～	頁	☐ 中国語(中文)・ ☐ 英語(英語)・ ☐ 日本語(日語)
第 1 著者名(第 1 作者)			第 2 著者名(第 2 作者)			第 3 著者名(第 3 作者)

12. 学会発表(第一演者として総会・国際学会を含む主要な学会で発表したもの)

学会演讲(作为第一演讲者在国内学术大会、国际学术大会等主要学会上演讲过的论文, 用发表原文填写)

学会名(学会名)			
演題(演讲題目)			
開催日(召开日期)	年 月	開催地(举办地)	
共同演者名(共同演讲人)			

学会名(学会名)			
演題(演讲題目)			
開催日(召开日期)	年 月	開催地(举办地)	
共同演者名(共同演讲人)			

学会名(学会名)			
演題(演讲題目)			
開催日(召开日期)	年 月	開催地(举办地)	
共同演者名(共同演讲人)			

学会名(学会名)			
演題(演讲題目)			
開催日(召开日期)	年 月	開催地(举办地)	
共同演者名(共同演讲人)			

学会名(学会名)			
演題(演讲題目)			
開催日(召开日期)	年 月	開催地(举办地)	
共同演者名(共同演讲人)			

1. ~12. までの記載事項について虚偽はありません。(1~12 所記載的内容均属实)

年 月 日

申請者(自署)申請者署名

.....

报 考 声 明

中华人民共和国国家卫生计生委国际司：

2017 年度中日笹川医学奖学金制度于 2016 年 4 月报名，7 月份资料审核，面试，8 月份发录取通知书，11 月参加外语培训，2017 年 1 月上旬外语培训结业，2017 年 4 月赴日。

本人_____ (姓名) 经过慎重考虑，与日方教授联系并取得初步同意接收后报考此项目。

我充分理解并愿意遵守以上本项目的日程安排，充分尊重中日双方的专家选考，保证在报考、外语培训不随意退出。如不遵守，愿意接受被列入卫生系统出国不良记录。

_____年_____月_____日

声明人(签字)：_____

本单位推荐_____ (姓名) 赴日，报考中日笹川医学奖学金项目，充分尊重中日双方专家选考，督促并确保被报考人顺利参加评审及整体日程安排。

_____年_____月_____日

声明单位名称：_____ 公章

声明单位负责人(签名)：_____

誓約書・保証書

この度、私は、日中笹川医学奨学金制度研究者の主旨を十分に理解し、納得した上で、中国の保健医療の発展に貢献するため本制度に申請いたします。本制度研究者として選考された折には、日本国滞在中、学術・技術の研鑽と日中両国の相互理解に努め、下記事項を遵守することを誓約いたします。

助成金支給期間中、万が一誓約事項に違反し、指導責任者及び日中医学協会と笹川医学奨学金進修生同学会が研究の継続は困難と判断された場合には、日中双方の決定（研究継続の中止を含むがこれに限られません。）に従います。

1. 日本での研究開始前に実施する語学研修への参加
2. 研究期間中、日本国法令を遵守すること
3. 協会並びに交流中心に対し、定期的に研究報告書を提出すること
4. 定められた日時に入国し、帰国すること
5. 研究者の行動規範・基準に則った高い倫理性をもち、管理者の承認のもとに責務を遂行すること
6. 帰国後は、中国の医学・医療の向上並びに日中両国の医学分野における友好と協力の促進に貢献すること
7. 研究期間中、日中医学協会及び研究者受入機関等の定める規則・制度を厳に遵守するとともに、日中医学協会、研究者受入機関及び指導責任者等の関係者による具体的な指示に従うこと
8. 故意又は過失によって日中医学協会及び研究者受入機関及び指導責任者等の関係者に損害を与えた場合は、当該損害について相應の賠償責任を負うこと

中国国家衛生和計画生育員会国際合作司処長 殿
 笹川医学奨学金進修生同学会理事長 殿
 公益財団法人日中医学協会理事長 殿

我充分理解并同意日中笹川医学奖学金项目的宗旨，为发展中国的医疗卫生事业做出贡献，特申请参加此项目。作为本项目的研究员保证在日本国停留期间，努力钻研学术和技术，促进中日两国的相互理解，遵守以下事项，特立此誓约。

接受奖学金期间，如违反誓约事项，且指导老师及日中医学协会和笹川医学奖学金进修生同学会判定有困难继续研究，将服从中日双方的决定（包括但不限于中止继续研究）。

1. 参加赴日研究前的语言培训
2. 研究期间遵守日本国法律
3. 定期向协会和交流中心提交研究报告书
4. 按照规定的日期赴日和回国
5. 严格遵守研究员行为规范和道德准则，在征得管理者同意的基础上进行研究活动
6. 回国后为提高中国医学及医疗水平和促进中日两国在医学领域的友好交流与合作做出应有贡献
7. 研究期间严格遵守日中医学协会及研究员接收单位等规定的规章制度，同时遵从日中医学协会、研究员接收单位及指导老师和其他有关人员的具体指示
8. 因过错给日中医学协会、研究员接收单位及指导老师和其他有关人员造成损失时，须对该损失承担相应的赔偿责任

.....年.....月.....日

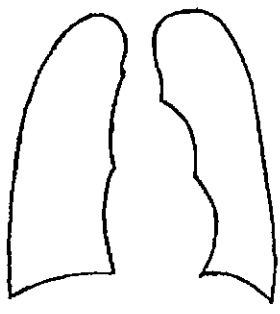
申請者（署名）

単位名称

公章

単位负责人（署名）

健康診断書・健康診断書

氏名(姓名)	簡体字(汉字)		性別(性別)	男	生年月日(生日)	
	ピン音(拼音)			女	年 月 日生	
既往症(病史)	結核(有(有)・無(无))、肺炎(有(有)・無(无))、高血圧(有(有)・無(无))、 糖尿病(有(有)・無(无))、癌(有(有)・無(无))、その他(其他)()					
身長(身高)	cm	体重(体重)	kg	血圧(血压)	mmHg	
視力(视力)	左 (矯正(矯正))			右 (矯正(矯正))		
聴力(听力)	左			右		
血液検査(血液検査)	HBs抗原(HBs抗原)() HCV抗体(HCV抗体)() GOT () GPT ()					
写真(透視)	年 月 日撮影(拍摄)					
直接(直接)	所見(検査結果)					
間接(間接)						
身体所見(身体検査結果)	体 格(体格) 栄 養(营养)					
	所見(検査結果)					
検尿(尿検)	蛋白(蛋白)() 糖(糖)() 潜血(潜血)()					
総括(总结)						

上記の者は、身体的にも精神的にも日本における研究に支障のないことを証明します。

(谨证明上述接受体检人员，无论是身体状况还是神经情况都可以保证在日本研究。)

_____年_____月_____日

医 院 名 称 _____ 公章

診断医師(签名) _____

附件 3



笹川医学奖学金项目第 39 期研究员 申请须知

填写申请书前，请务必仔细阅读本须知。

申请书及相关提交的资料是选考的重要依据，请申请人本着对自己负责，尊重此项目的精神，认真仔细地按要求填写。出现错别字、内容敷衍了事或者罗唆冗长均被视为缺乏能力，请简明扼要，精练准确表述。

申请书不详实，出现遗漏，须交资料不全的视为无效申请，不予以受理。

提交申请文件的注意事项

- 1) 请务必对照以下 1~9 项 “必须提交的文件”，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) 必须提交的文件的复印件请使用 A4 纸，单面复印，复印内容要清晰。
- 5) 申请表等表格请印刷清晰，保持页面垂直。

必须提交的文件

1. “中日笹川医学奖学金项目第 39 期研究者”申请书 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(盖章的原件) 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、现工作单位及部门、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. 日方导师出具的初步同意接受函(样式不限，邮件也可) 2 份
 - 1) 申请书中(12. 希望在日本进行研究的内容)中填写的同一日方导师出具的初步同意接收函。
 - 2) 提交申请书后，不得变更已经申请的研究单位。
6. 最高学历毕业证书以及学位证书、成绩单(复印件) 各 2 份
 - 1) 最高学历毕业证书以及学位证书，写有本人姓名的所有成绩单的复印件各 2 份，不包括修业证书、进修成绩单。
 - 2) 如果毕业证书上盖的是钢印，请在复印件上再加盖原学校公章。
 - 3) 若校名与证书(证明书)的校名不符时，请提供该大学出具的“校名变更证明”。(原件)
 - 4) 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)
 - 5) 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)
7. 至今发表的 1 篇主要论文(复印件)及其摘要 各 2 份
 - 1) 论文为中文、英语、日语均可(中文时，需提交英语或日语的翻译)。
 - 2) 论文摘要必须提供中文 1 份、英语或日语 1 份。
 - 3) 摘要：英语 400 个单词左右，日语 600 字左右，汇总为 A4 纸 1 页以内。

8. 外语考试成绩证明(复印件) 各2份
提交下列任何一种考试成绩。
- 英语
- TOEFL-iBT 考试或者 TOEFL-PBT 考试(有效期内, 有效期为2年)
 - 雅思考试 (IELTS - International English Language Testing System, 国际英语语言测试系统) (有效期内, 有效期为2年)
- 测探
- 日语
- 日语能力测试(日本国际教育支援协会或国际交流基金会实施)
9. 照片 7张
长4cm×宽3cm, 2015年3月31日以后拍摄的免冠、正面、上半身无背景彩照, 申请书上贴1张, 还需相同照片6张, 共计需7张, 请注意保持照片清洁。

申请书的填写方法



申请书部分共10页, 请使用 windows 系统的 word97 以上版本填写。

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。
- 3) 填写〈在日家属〉、范围是父母、配偶、子女等, 〈在留资格〉指的是在日亲属所持签证的种类。没有〈在日家属〉的, 务必要在“无”处划“×”。
- 4) 其他
 - 请填写在宗教方面的生活习惯或食物过敏等需要特别考虑的情况。
 - 无以上情况者, 务必要在“无”处划“×”。

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。
- 2) 〈职称〉按中国政府指定的职称标准规定填写。与在职证明书上的一致。
如: 副主任医师、助理研究员、主管药师等。
- 3) 〈地址〉一定要写清楚省、市、区、街道及门牌号码和邮政编码。

3. 家庭住址

★填写语言: “中文(简体字)”

- 1) 一定要写清楚省、市、区、街道及门牌号码和邮政编码。

4. 学历

★填写语言：“中文(简体字)”

- 1) 要填写中国现行学制的高中、中专以上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。
- 3) 不予以承认：2016年7月1日尚未取得毕业证书或学位证书的学历。

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) 工作经历都必须填写〈所在单位名称〉、〈科室〉、〈职称〉。

6. 出国经历

★填写语言：“中文(简体字)”

- 1) 所有出国经历均须填写，包括短期逗留。
- 2) 特别是赴日情况，一定要如实全部填写。如填写的内容与事实不符，日本的入境签证将被拒签。

7. 外语能力

★填写语言：“中文(简体字)”

- 1) 国际日语能力测试(日本组织实施)成绩合格的，或有有效期内的 IELTS, TOEFL 的成绩的人员，要填写取得成绩的日期、等级以及成绩。

8. 其他奖学金的申请情况

★填写语言：“中文(简体字)”

- 1) 如有正在申请或预定申请的奖学金，请填写申请期间、奖学金名称以及课题。没有申请的，务必要在“无”处划“×”。
- 2) 如有在日本接受奖学金的经历，请填写接受期间、奖学金名称以及课题。没有接受的经历，务必要在“无”处划“×”。

9. 在中国进行的研究·临床内容

★填写语言：〈提交日方用〉=“日语”或“英语”、〈提交中方用〉=“中文(简体字)”

- 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。

10. 希望在日本进行研究的内容

★填写语言：〈提交日方用〉=“日语”或“英语”、〈提交中方用〉=“中文(简体字)”

- 1) 按照自己希望的研究内容自行联系日本的研究单位。
- 2) 需在申请书上填写希望前往并已得到日方导师初步同意的研究单位名称、部门名称、日方导师姓名及职务。
- 3) 请填写在日本希望进行的研究题目。
- 4) 请尽可能具体、详细地填写希望到日本进行研究的内容中的各个项目。

5) 提交申请书后，不得变更已经申请的研究单位。

■在与日方导师联系的过程中的注意事宜：

- 1) 除了向日方导师介绍自己的简历外，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，以便日方导师对自己有一个具体了解。
- 2) 请明确告知日方导师，自己目前还只是该项目的候选人，尚未取得正式的合格资格。
- 3) 关于“中日笹川医学奖学金项目”的内容，请参考《国家卫生计生委办公厅关于开展第 39 期笹川医学奖学金项目研究员选拔工作的通知》，正确理解其内容，并准确告知日方导师。
- 4) “中日笹川医学奖学金项目”的英文名称如下：

China-Japan Sasakawa Medical Fellowship

11. 执笔论文

★填写语言：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三作者的姓名。
- 3) 在这些论文中选出一篇提交(全文及摘要)。在提交论文前面的“□”中画上“×”。
(提交方法请参见“必须提交的文件”7. 中的说明)

12. 学会演讲

★填写语言：原文语言

- 1) 作为第一演讲者在国内学术大会、国际学术会等主要学会上口头发表过的论文。
- 2) 填写学术会议名称、题目、召开地、共同作者名。
- 3) 学术会议名称、演讲题目请使用原文的语言填写。

保证所填写的内容真实、可靠、无虚报，申请者请签名。

健康诊断书的填写方法

- 1) 使用英语或中文填写。
- 2) 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。
- 3) 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。

咨询及招生管理

申请文件请于 2016 年 7 月 15 日之前发送至下列地址。（以邮戳日期为准）

笹川医学奖学金进修生同学会

- 1) 联系人 吴久利 陈怡 李忠金
- 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 010-82211350
- 4) 传真 010-82211352
- 5) E-mail sc1000@vip.163.com

特 别 提 示

申请文件寄送前，请务必对照“必须提交的文件”项目，确认提交文件无误。如申请书内容不详实，出现遗漏，以及提交文件不全者，将视为无效申请，不予以受理。

文件提交后不得更换。

提交的申请文件不予以退还本人。

国家卫生计生委办公厅

2016 年 1 月 19 日印发

——校对：尤和娟