

四川省卫生健康委员会

四川省卫生健康委员会 关于开展 2021 年第 44 期中日笹川医学奖学金 项目研究员选派工作的通知

各市（州）卫生健康委，省中医药管理局，委直属各单位：

根据国家卫生健康委与日本财团、日中医学协会于 2017 年签署的《中日笹川医学合作项目协议书》，中日笹川医学奖学金项目现开展 2021 年度第 44 期人员选派工作，项目将资助符合条件的申请者赴日开展共同研究或攻读博士学位。现将国家卫生健康委办公厅《关于开展 2021 年第 44 期中日笹川医学奖学金项目研究员选派工作的通知》（国卫办国际函〔2021〕85 号）转发你们，请按相关要求做好选拔推荐工作，于 2021 年 8 月 6 日前报我委审核，并按要求自行将相关材料邮寄至笹川医学奖学金项目办公室（截止时间见附件）。

联系人：邢菲菲

联系电话：028-86138686

附件：国家卫生健康委员会办公厅关于开展 2021 年第 44 期

中日笹川医学奖学金项目研究员选派工作的通知（国
卫办国际函〔2021〕85号）



国家卫生健康委员会办公厅

国卫办国际函〔2021〕85 号

国家卫生健康委办公厅关于开展 2021 年第 44 期中日笹川医学奖学金项目 研究员选派工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委，委直属和联系单位，国家中医药管理局办公室，国家市场监督管理总局办公厅，联勤保障部队，海军后勤部卫生局，陆军后勤部卫生局，空军后勤部卫生局，高等院校及医学专科学校（医学、药学及日语专业），各有关单位：

根据国家卫生健康委与日本财团、日中医学协会于 2017 年签署的《中日笹川医学合作项目协议书》，中日笹川医学奖学金项目现开展 2021 年度第 44 期人员选派工作，项目将资助符合条件的申请者赴日开展共同研究或攻读博士学位。现将选派事宜通知如下：

一、选派范围

（一）赴日开展共同研究。

项目将选派在相关专业领域有深厚研究功底，并取得一定研究成果的人才，资助其赴日本的大学、医院及研究所等，与日本研究人员或研究机构共同开展研究活动。申请人员须为以下单位的

正式工作人员：

1. 各省(区、市)卫生健康委及直属的医疗、科研、预防、保健等单位；

2. 各直辖市的区级医疗卫生机构；

3. 地市级医疗、科研、预防、保健等单位；

4. 高等院校、医学专科学校(医学、药学及日语专业)；

5. 国家卫生健康委直属和联系单位；

6. 部队有关单位；

7. 有关部、委、局直属的医药卫生机构；

8. 合资、民营的三甲医院及其附属科研机构；

9. 国家市场监督管理总局直属的医药卫生机构。

(二)攻读博士学位。

项目将选派年轻研究员赴日本的大学、医院、研究所等开展研究,并取得日本博士学位。申请人员须为相关单位的正式工作人员(要求同上)。

二、被推荐人员资格条件

(一)赴日开展共同研究。

1. 1972年4月1日以后出生,特别优秀者年龄可适当放宽至1967年4月1日以后出生人员(学科带头人、长江学者、国家级科技成果奖二等奖以上获得者、近5年发表论文的影响因子累计达10分以上或单篇论文影响因子在5分以上者,同等条件下可优先录取)。

2. 职称:教授以及特别优秀的副教授、讲师(国家级科技成果奖二等奖以上获得者、国务院杰出青年称号获得者、近5年内发表论文的影响因子累计达10分以上、以第一作者或通讯作者身份发表论文的影响因子在5分以上者等)。

3. 拥有专业论文、论著、科研成果等,报名时提交科研成果(英语论文清单包含作者姓名、题目、学术刊物名称、卷/号/页数等,并另附各自的影响因子、引文索引等清单,拥有专业论文、论著、科研成果等)。

4. 英语或日语可与合作伙伴顺畅交流和沟通,并具备发表英文论文水平。

5. 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。

6. 正在或将要与日方开展共同研究者,报名时取得日方接收单位(合作者)的同意函。

7. 所在单位同意派出。

(二)攻读博士学位。

1. 1982年4月1日以后出生。

2. 中国教育部承认的本科毕业生、硕士毕业生及在读博士生;在日本的中国籍研究者(以学成回国为前提条件)。

3. 报名时能提交科研成果(英语论文清单包含作者姓名、题目、学术刊物名称、卷/号/页数等,并另附各自的影响因子、引文索引等清单)。

4. 英语 IELTS6.0、TOEFL IBT80(TOEFL PBT550)以上或日语能力考试(JLPT)N2级以上者,同时满足以上两个条件者优先选拔。

5. 有赴日本研究的愿望,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。

6. 报名时已取得日方指导老师的同意接收函。

三、派遣时间

(一)开展共同研究:6个月(最短3个月)。

(二)攻读博士学位:2—4年。

四、费用

(一)赴日开展共同研究。

在日期间的生活费和住宿费(20万日元/月)及科研费(10万日元/月,提供给接收单位)由项目承担,往返日本国际旅费、海外旅行伤害保险等费用由派出单位承担。

(二)攻读博士学位。

在日期间前2年的生活费和住宿费(10万日元/月)及学费(上限为70万日元/年)由项目承担,面试所产生差旅费、出国前的语言培训费(含住宿和交通)以及往返日本的国际旅费、海外旅行伤害保险等由派出单位承担。

五、其他要求

(一)优先推荐委省部共建医学院校、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,有潜力成为各个学科领军人物的中青年专家。

(二)优先领域:心血管疾病、再生医学、临床检验、儿科、病理、麻醉、产科、消化道肿瘤、脑血管、院内感染。

(三)申请人应当符合所在单位报考在职学历教育和访问学者的有关规定。

(四)应当充分考虑申请人所在单位科研和工作条件及其回国后的工作安排,保证申请人在完成学习任务后能按期回国工作。

(五)申请人的研究课题需事先通过上级主管单位生物安全审核。

(六)被录取后,无特殊情况不可放弃。

六、选派程序

(一)赴日开展共同研究。

1. 由项目办公室审核申报者申报材料是否齐全。

2. 由项目专家评审委员会对申报材料进行专业评审并最终确定 20 名人选。

3. 申请人可根据工作安排,在 2022 年 4 月 1 日后,自行安排赴日时间。为参加日方为研究员举办的欢迎会和交流会,2022 年 9 月份申请人须留在日本参加成果发表会。

(二)攻读博士学位。

1. 由项目办公室审核申报者申报材料是否齐全。

2. 由项目专家评审委员会对申请人进行面试(专业和外语),最终确定 10 名人选。

3. 2022 年 4 月初赴日。

七、申请材料填写及报送要求

为确保选拔录取工作顺利进行,请各省级卫生健康委及时将本通知发给各单位申请人。申请人收到通知后,可自行通过各种渠道了解适合本人的研究专业,联系在日本的研究单位,并取得导师或合作者的初步同意接收函(格式参照附件)。

收到接收函后,按照申请须知相关内容,填写后附的推荐表和申请书,并准备申请所需的相关材料,所有材料一式两份寄至笹川医学奖学金项目办公室。申请攻读博士人员请于 2021 年 8 月 31 日前提交材料,申请赴日开展共同研究人员请于 2021 年 9 月 30 日前提交材料,并同步将申请书的电子版及所有相关材料扫描件发送邮件至 sc1000@vip.163.com。申请书、推荐表和申请须知电子版请从 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:笹川医学奖学金项目办公室 吴久利

电话:010—62256266;15901208067

传真:010—62256266

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. 中日笹川医学奖学金项目推荐表

2. 中日笹川医学奖学金项目第 44 期申请表(共同研究型)

3. 中日笹川医学奖学金项目第 44 期申请表(攻读博士学位型)

4. 中日笹川医学奖学金项目第 44 期申请须知(共同研究型)

5. 中日笹川医学奖学金项目第 44 期申请须知(攻读博士学位型)



(信息公开形式:主动公开)

附件 1

中日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 或 日 语 水 平	
工 作 单 位		职 务 职 称	
联 系 电 话		手 机	
电 子 邮 箱			
项 目 起 止 时 间			
任 务 通 知 书 发 往 单 位			
工 作 简 历			
所 在 单 位 意 见：		主 管 部 门 意 见：	
年 月 日(公章)		年 月 日(公章)	

注:任务通知书发往单位均为申请人的工作单位。

附件2

中日笹川医学奖学金项目第44期申请表（共同研究型）

※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。)	填写日	2021年 月 日
---	-----	-----------

◎本申请书一至六栏目使用中文填写，其他栏目均请使用英文填写

(Note: send this proposal document to the Japanese joint researcher)

一. 個人情報(个人信息) (Applicant's Information)

氏名(姓名)	簡体字(汉字)	姓		名	
	ローマ字(拼音)	姓		名	
性別		生年月日(生日)		19 年	月 日
出生地(籍贯)					
旅券(护照)		旅券No.(护照号)			
旅券有効期限(护照有效期)				20 年	月 日
査証(日本签证)		査証種類(签证种类)			
査証有効期限(签证有效期)				20 年	月 日
配偶者(配偶)		姓名		子供(子女)	人

照 片
长4cm×宽3cm

2021年
3月31日以后
拍摄的照片

二. 所属機関(所属单位)

单位名称(单位名)			
部署名(科室名)		役職(职称)	
郵便番号・所在地((邮编地址))			
直通電話(直拨电话)		Fax(传真)	
E-mail(电子邮箱)		携帯電話(手机)	

三. 自宅(家庭住址)

郵便番号・住所(邮编地址)			
電話(电话)		携帯電話(手机)	
E-mail(电子邮箱)			

四. 学歴(学历) 「大学」から記入して下さい(从大学开始填写)

学校・学部学科名(学校、系、专业名称)	取得学位(学位)	期間(期间)
		年 月～年 月
		年 月～年 月
		年 月～年 月
		年 月～年 月

附件3

中日笹川医学奖学金项目第44期申请表（攻读博士学位型）

※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方。)	填写日	2021年 月 日
---	-----	-----------

◎本申请书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ください。)

一. 個人情報 (个人信息)

氏名 (姓名)	簡体字 (汉字)	姓		名	
	ローマ字 (拼音)	姓		名	
性別		生年月日 (生日)		19 年	月 日
出生地 (籍貫)					
旅券 (护照)		旅券No. (护照号)			
旅券有効期限 (护照有效期)				20 年	月 日
配偶者 (配偶)		姓名		子供 (子女)	人

照 片
长4cm×宽3cm

2021年3月以后
拍摄的照片

二. 所属機関 (所属单位)

单位名称 (单位名)			
部署名 (科室名)		役職 (职称)	
郵便番号・所在地 ((邮编地址))			
直通電話 (直拨电话)		Fax (传真)	
E-mail (电子邮箱)		携帯電話 (手机)	

三. 自宅 (家庭住址)

郵便番号・住所 (邮编地址)			
電話 (电话)		携帯電話 (手机)	
E-mail (电子邮箱)			

四. 学歴 (学历) 「大学学部」から記入して下さい (从大学本科开始填写)

学校・学部学科名 (学校、系、专业名称)	取得学位 (学位)	期間 (期间)
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月



中日笹川医学奖学金项目第 44 期

申 请 须 知

(共同研究型)

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. 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。
- 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。



中日笹川医学奖学金项目第 44 期

申 请 须 知

(攻读博士学位型)

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，按要求认真仔细填写。申请表及提交的相关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、内容敷衍了事或罗唆冗长等将有可能被视为缺乏能力。

申请内容不详实、填写有遗漏、提交资料不全的均视为无效申请，不予受理。

提交申请资料注意事项

- 1)请对照以下 1~9 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，所有资料切勿装订！

必须提交资料

1. 中日笹川医学奖学金项目（攻读博士型）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、成绩单(复印件) 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，不包括结业证书、进修成绩单。
 - 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) 2 份
7. 外语考试成绩证明(复印件) 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)

■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)

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 份申请书上各贴 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

申请书的填写方法

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〉一定要写清楚邮政编码、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)一定要写清楚邮政编码、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。
- 3)不予以承认: 2021 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)

请如实填写包括日本在内的出国经历（近5年内）。

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 成绩的人员，要填写取得成绩的日期、等级以及成绩。

8. 其他奖学金申请情况

★填写语言：中文(简体字)

- 1)如有正在申请或预计申请的奖学金，请填写申请期间、奖学金名称以及课题。没有申请的，请选择“无”。
- 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。没有接受经历的，请选择“无”。

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. 计划在日本攻读学位的内容

★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)按照自己的攻读方向自行联系日本的大学或科研单位。
- 2)需在申请书上填写前往并已得到日方导师同意的研究单位名称、部门名称、日方导师姓名及职务。
- 3)请填写在日本攻读学位的研究课题。
- 4)请尽可能具体、详细地填写到日本攻读博士学位的内容
- 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攻读学位的方向，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，尚未取得正式的奖学金获得者资格。
- 3)关于“中日笹川医学奖学金项目”的内容，请参考《国家卫生健康委办公厅关于开展第44期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：论文原文语言

- 1)论文题目、登载的杂志名请按照原文语言填写。
- 2)共同执笔的论文请填写第一至第二作者及通讯作者的姓名。

3)在提交的论文前面将“□”选成“■”。

4)填写发表论文的影响因子。

※ 如果没有发表过英文论文，请提供中文论文摘要的英文翻译件及中文论文全文。

保证以上申请表中所填写的内容真实、可靠、无虚报，申请者请签名

12.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。

13.同意接收函的获得方法

1)为取得同意接收函，请将填写完整的申请书（附件3）发给日方指导老师。

2)同意接收函中“一、个人信息”栏由申请人填写。

3)同意接收函的“二、接收同意书”必须请日方教授在确认申请表（附件3）后，由教授本人填写并签名。而后将扫描的PDF彩色版同意接收函通过电子邮件发回申请人。

4)接收同意书如没有在申请表已读确认栏中打勾，该同意书视作无效。

5)攻读博士的种类，务必请日方教授和学校确认核实后准确选择。

14.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。

全部申请资料请于 2021 年 8 月 31 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 - m a i l 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，不予以受理。

资料提交后不得更换。

提交的申请资料不予以退还本人。