

国家卫生健康委员会办公厅

国卫办国际函〔2018〕314 号

关于开展 2018 年度第 41 期中日笹川医学奖学金项目研究员选拔工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生计生委，委直属和联系单位，军委后勤保障部卫生局，各有关单位：

根据中日双方 2017 年 2 月签署的《中日笹川医学合作项目协议书》，2018 年度将选派第 41 期中日笹川医学奖学金项目研究员赴日开展研究，项目包括共同研究型 and 攻读学位型。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)及新疆生产建设兵团卫生计生委及直属的医疗、科研、预防、保健等单位；
 - (二) 各直辖市的区级医疗卫生机构；
 - (三) 省会城市的市级医疗、科研、预防、保健等单位；
 - (四) 高等院校、医学专科学校(医学及日语专业)；
 - (五) 国家卫生健康委员会直属和联系单位；
 - (六) 军委后勤保障部卫生局直属的医疗、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；
 - (八) 合资、民营的三甲医院及其附属科研机构。
-

二、被推荐人员资格条件

共同研究型：

(一)1969年4月1日以后出生。

(二)职称：正教授(研究员)。

(三)特别优秀者年龄可适当放宽至60周岁(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、该学科带头人、长江学者、国家级科技成果奖二等奖以上获得者等)；特别优秀的副教授(副研究员)也可申请(近5年内发表论文的影响因子累计达20分以上、或第一作者身份发表论文的影响因子在5分以上)、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等)。

(四)拥有专业论文、论著、科研成果等。

(五)报名时提交科研成果(英语论文清单：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)。

(六)英文或日文可与合作伙伴顺畅交流和沟通，并可发表英文论文。

(七)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贡献。

(八)正在与日方开展共同研究者。

(九)所在单位同意派出。

(十)报名时取得日方接收单位(共同研究者)的同意函(可自己联系，也可通过日中医学协会取得同意接收函)。

攻读学位型：

(一)1979年4月1日以后出生。

(二)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)。

(三)报名时能提交科研成果(英语论文清单:作者姓名、题目、学术刊物名称、卷/号/页数等,并另附各自的 IF、引文索引等清单拥有专业论文、论著、科研成果等)。

(四)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。

(五)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。

(六)报名时已取得日方指导老师的同意接收函(可自己联系,也可通过日中医学协会取得同意接收函)。

三、派遣时间

共同研究型:6 个月(最短 3 个月)。

攻读学位型:2 年。

四、费用

共同研究型:在日期间的生活费和住宿费(20 万日元/月)及科研费由奖学金承担;被推荐人 1 次往返日本国际旅费、海外旅行伤害保险等费用由派出单位承担,费用标准由派出单位自行规定。

攻读学位型:在日期间的生活费和住宿费(10 万日元/月)及科研费由奖学金承担;被推荐人面试时的差旅费、出国前的语言培训费(含住宿和交通)以及 1 次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,费用标准由派出单位自行规定。

五、其他要求

(一)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。

(二)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。

(三)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。

(四)被录取后,无特殊情况不可放弃。

六、选拔程序

共同研究型:

(一)由项目办公室审核申报者的申报材料是否齐全。

(二)由项目专家评审委员会对申报材料进行专业评审并报我委国际司审定后,最终确定 20 名人选。

(三)于 2019 年 4 月 1 日—9 月 1 日期间赴日。

攻读学位型:

(一)由项目办公室审核申报者的申报材料是否齐全。

(二)由项目专家评审委员会对申请人进行面试(专业和外语)并报我委国际司审定后,最终确定 10 名人选。

(三)于 2019 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,各省级卫生计生行政部门请在 2018 年 5 月 15 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 2018 年 9 月 1 日前寄至笹川医学奖学金项目办公室,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:笹川医学奖学金项目办公室 吴久利、宋洋

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. 笹川医学奖学金制度第 41 期研究者申请书

3. 笹川医学奖学金项目第 41 期研究员申请须知

4. 论文列表

5. 中日笹川医学项目同意接收函



(信息公开形式:不予公开)

国家卫生健康委员会办公厅

2018 年 5 月 16 日印发

校对:邵 梦

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		英语或日语水平	
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					
<u>个人简历（从大学起，并请说明所学专业及现工作内容）</u>					
所在单位意见：			主管部门意见：		
年 月 日(公章)			年 月 日(公章)		

中日笹川医学奖学金项目第 41 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。(本人同意在審査及发表需要时将个人信息提供给第三者。)	填写日	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下さい。)

一. 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	☐ 男・ ☐ 女	生年月日(生日)	19 年 月 日
出生地	☐ 省・ ☐ 市・ ☐ 自治区		
旅券(护照)	☐ 有(有)・ ☐ 無(无)	旅券 No. (护照 No.)	
旅券有効期限(护照有效期)	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・ ☐ 無	姓名	子供(子女) 人

照片
长 4cm×宽 3cm

2018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		携帯電話(手机)	

三. 自宅(家庭住址)

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

四. 学歴(学历) 「大学」から記入して下さい(从大学开始填写)

期間(期间)	学校・学部学科名(学校、系、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		

五. 職歴(工作履歴)

期間(期間)		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

六. 最近 5 年の渡航歴(近 5 年の出国经历): 本邦への渡航歴を重点に記入すること(重点填写访问日本的历史)

期間(期間)		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

七. 中国で行っている研究・臨床内容(在中国开展的研究工作/临床工作的内容)

(一) 提交日方用(用日语或英语详细填写)

(二) 提交中方用(用中文详细填写)

八. 日本での研究内容(在日本的研究内容)

(一) 日本側へ提出すること(英語または日本語で記入すること)

提交日方用:(以下表格用日语或英语填写)

機 関 名 (日方研究単位)			
部 署 名 (所属科室)			
パートナー名前 (合作者姓名)		役職 (职务)	
住所 (地址)		合作者 Email	
研究テーマ (共同研究的題目)			
1. 上記パートナーを志望した理由; 重点的にパートナーの研究内容との関連性を記入してください。 (选择上述合作者的理由; 重点填写与合作者的研究的关联性)			
2. 共同研究の内容 (共同研究的内容)			
3. 研究方法			

4. 詳しく研究日程を記載してください。特に研究期間中、帰国する必要があるか、またはパートナーを中国へ招いて共同研究を行う必要がありますか？

(详细填写研究日程，中途是否需回国或是否邀请共同研究者访华开展共同研究?)

5. 期待される研究成果と波及効果(期望取得的研究成果和影响效果等)

6. 上記パートナーと共同研究歴があったか、また、共同研究をしているでしょうか

(是否与上述合作者开展过共同研究? 或是否正与上述合作者开展共同研究?)

(二) 提交中方用:共同研究的内容(以下表格内容用中文详细填写)

合作单位名称			
合作科室名称			
合作者姓名		职 务	
地址		合作者 Email	
共同研究的题目			
1. 选择上述合作者的理由? 重点填写与合作者的研究的关联性			
2. 共同研究的内容			
3. 研究方法			

4. 研究日程（务必填写中途是否需要回国或是否会邀请共同研究者访华开展共同研究？）

5. 期望取得的研究成果和影响效果等

6. 是否与上述合作者开展过共同研究？或是否正与上述合作者开展共同研究？

九. 執筆論文(提出する論文及び抄録には“×”印をつけて下さい)

近 5 年内发表的英文论文(提交论文及摘要在方框内打×, 请使用论文原文的英语语言填写论文名)

☐ 論文名(论文名)					
掲載誌名(登載杂志)					
	年	月	巻(号)	頁～	頁
第 1 著者名(第 1 作者)			通讯作者(通讯作者)		影响因子

☐ 論文名(论文名)					
掲載誌名(登載杂志)					
	年	月	巻(号)	頁～	頁
第 1 著者名(第 1 作者)			通讯作者(通讯作者)		影响因子

☐ 論文名(论文名)					
掲載誌名(登載杂志)					
	年	月	巻(号)	頁～	頁
第 1 著者名(第 1 作者)			通讯作者(通讯作者)		影响因子

☐ 論文名(论文名)					
掲載誌名(登載杂志)					
	年	月	巻(号)	頁～	頁
第 1 著者名(第 1 作者)			通讯作者(通讯作者)		影响因子

☐ 論文名(论文名)					
掲載誌名(登載杂志)					
	年	月	巻(号)	頁～	頁
第 1 著者名(第 1 作者)			通讯作者(通讯作者)		影响因子

上記内容の記載事項について虚偽はありません。(上述記載内容均属实)

年 月 日

申 报 声 明

申請者(自署) 申請者签名

.....

中华人民共和国国家卫生健康委国际司：

2018 年度中日笹川医学奖学金项目（共同研究型）于 2018 年 5 月开始报名，9 月 1 日之前发送申请书，经中日双方审评专家资料审核后，于 11 月底发申报成功通知书，2019 年 4 月后赴日。

本人(姓名)经过慎重考虑，在取得日方合作者初步同意的基础上申报此项目。本人充分理解并愿意遵守本项目的相关规定，充分尊重中日双方评审专家的评审结果，保证在获得奖学金后不随意退出。如违反项目的相关规定，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)申报中日笹川医学奖学金项目（共同研究型），充分尊重中日双方评审专家的评审结果，督促并确保被推荐人顺利参加评审及项目安排。

_____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、日本側パートナー及び日中双方のプロジェクト管理機構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. 日本滞在中、日本国法令を遵守すること
2. 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
3. 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
4. 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応の賠償責任を負うこと
5. 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

我充分理解并同意日中笹川医学奖学金项目(共同研究型)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,且日方合作者及中日双方的项目管理机构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. 在日期间遵守日本国法律
2. 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
3. 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
4. 因过错给日中医学协会、研究员接收单位及合作者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
5. 研究期间严格遵守日中医学协会及研究员接受单位等规定的规章制度,同时遵从日中医学协会、研究员接受单位及指导老师和其他有关人员的具体指示

中国 国家卫生健康委员会 国际合作司 殿
公益財団法人 日中医学協会 殿
笹川医学奨学金進修生同学会 殿

.....年.....月.....日

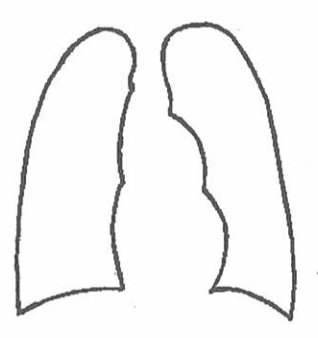
申請者(署名) _____

公章

単 位 名 称 _____

単位负责人(署名) _____

健康診断書・健康診断书

氏名(姓名)	簡体字(汉字)		性別(性別)	男	生年月日(生日)	
	ヒン音(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(矫正))			右 (矯正(矫正))		
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(检查结果)					
間接(間接)						
身体所見 (身体检查结果)	体 格(体格) 栄 養(营养)					
	所見(检查结果)					
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) _____

中日笹川医学奖学金项目第 41 期申请表（攻读学位型）

※本申請に関する個人情報を審査・発表等に必要な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	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。)

一. 個人情報(个人信息)

氏名(姓名)	簡体字(汉字)	姓		名	
	拼音(汉语拼音)	姓		名	
性別	☐ 男・ ☐ 女	生年月日(生日)	19 年 月 日		
出生地	☐ 省・ ☐ 市・ ☐ 自治区				
旅券(护照)	☐ 有(有)・ ☐ 無(无)	旅券 No. (护照 No.)			
旅券有効期限(护照有效期)	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・ ☐ 無	姓名		子供(子女)	人

照片
长 4cm×宽 3cm

2018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		携帯電話(手机)	

三. 自宅(家庭住址)

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

四. 学歴(学历) 「大学」から記入して下さい(从大学开始填写)

期間(期间)

学校・学部学科名(学校、系、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

五. 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		

六. 最近 5 年の渡航歴(近 5 年的出国经历): 本邦への渡航歴を重点に記入すること(重点填写访问日本的经历)

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		

七. 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 (笔记)	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 (日语能力测试)	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

八. 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)	

九. 中国で行っている研究・臨床内容(在中国开展的研究工作/临床工作的内容)

(一) 提交日方用(用日语或英语详细填写)

(二) .提交中方用(用中文详细填写)

十. 日本での研究内容(在日本攻读学位的专业)

(一) 日本側へ提出すること (英語または日本語で記入すること)

提交日方用: (以下表格用日语或英语填写)

機 関 名 (日方研究単位)			
部 署 名 (所属科室)			
指 導 者 名 (指导教官)		役職 (职务)	
住所 (地址)		指导者 Email	
研究テーマ (研究題目)			
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 <u>日语或英语</u> 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攻读专业的关联性 (请使用 <u>日语或英语</u> 详细填写)			
3) 日本での研究内容 (具体的に記入して下さい) 在日本开展的研究内容 (请使用 <u>日语或英语</u> 详细填写)			

(二) 提交中方用:在日本攻读学位的专业(以下表格内容用中文详细填写)

研 究 单 位			
所 属 部 门			
指 导 教 官		职 务	
地 址		指导者 Email	
攻读学位的专业			
1. 选择上述指导教官的理由(请使用 <u>中文</u> 具体、详细地填写)			
2. 以上指导教官的研究与攻读专业的关联性			
3. 在日本开展的研究内容(请使用 <u>中文</u> 具体、详细地填写)			

十一. 執筆論文(提出する論文及び抄録には“×”印をつけて下さい)

近 5 年内发表の英文論文(提交論文及摘要在方框内打×, 请使用论文原文的英语语言填写论文名)

☐ 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(日语)
第 1 著者名(第 1 作者)			通讯作者(通讯作者)			影响因子

☐ 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(日语)
第 1 著者名(第 1 作者)			通讯作者(通讯作者)			影响因子

☐ 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(日语)
第 1 著者名(第 1 作者)			通讯作者(通讯作者)			影响因子

☐ 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(日语)
第 1 著者名(第 1 作者)			通讯作者(通讯作者)			影响因子

☐ 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(日语)
第 1 著者名(第 1 作者)			通讯作者(通讯作者)			影响因子

上記内容の記載事項について虚偽はありません。(上述記載内容均属实)

年 月 日

申請者(自署) 申請者签名

申 报 声 明

中华人民共和国国家卫生健康委国际司：

2018 年度中日笹川医学奖学金项目（攻读博士型）于 2018 年 5 月开始报名，9 月份资料审核，面试，9 月底发录取通知书，10 月参加外语培训，2018 年 12 月底外语培训结业，2019 年 4 月初赴日。

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。本人充分理解并愿意遵守本项目的相关规定，充分尊重中日双方评审专家的评审结果，保证在获得奖学金后不随意退出。如违反项目的相关规定，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)申报中日笹川医学奖学金项目（攻读博士型），充分尊重中日双方评审专家的评审结果，督促并确保被推荐人顺利参加评审及项目安排。

_____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、日本側指導教官及び日中双方のプロジェクト管理機構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. 日本滞在中、日本国法令を遵守すること
2. 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
3. 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
4. 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応の賠償責任を負うこと
5. 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

我充分理解并同意日中笹川医学奖学金项目（攻读博士型）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，且日方指导老师及中日双方的项目管理机构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. 在日期间遵守日本国法律
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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，研究员接受单位及指导老师和其他有关人员的具体指示

中国 国家衛生健康委員会 国際合作司 殿
公益財団法人 日中医学協会 殿
笹川医学奨学金進修生同学会 殿

.....年.....月.....日

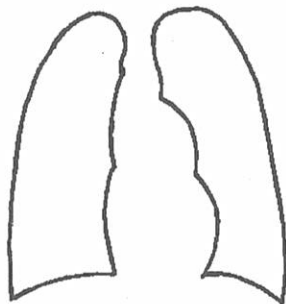
申請者（署名）

公章

単 位 名 称

単位负责人（署名）

健康診断書・健康诊断书

氏名 (姓名)	簡体字(汉字)		性別 (性别)	男 ・ 女	生年月日(生日)	
	ヒソ音(拼音)				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(矫正))			右 (矯正(矫正))		
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(检查结果)					
間接(間接)						
身体所見 (身体检查结果)	体 格(体格) 栄 養(营养)					
	所見(检查结果)					
検尿(尿检)	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

诊断医师(签名) _____

笹川医学奖学金项目共同研究

申 请 须 知

2 0 1 8 年(第 41 期)

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 1~8 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(共同研究型)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. 日方合作者出具的同意接受函(附件 5) 2 份
 - 1) 申请书中〈在日本进行研究的内容〉填写的同一日方合作者出具的同意接收函。
 - 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) 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)
7. 5 年内发表的影响因子 2 分以上的英文论文(5 篇)或单篇影响因子 5 以上的英文论文(1 篇、复印件) 各 2 份
 - 1) 论文为英语。
8. 照片 7 张

长 4cm×宽 3cm, 2018 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) 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大学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。

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)”

要如实填写赴日情况（近5年内）。如填写的内容与事实不符，日本的入境签证将被拒签。

7. 在中国进行的研究・临床内容

★填写语言：〈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。

8. 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) 按照自己的研究内容自行联系日本的研究单位（也可通过项目办公室帮助联系）。
- 2) 需在申请书上填写前往并已得到日方合作者同意的研究单位名称、部门名称、日方合作者姓名及职务。
- 3) 请填写在日本进行的研究题目。
- 4) 请尽可能具体、详细地填写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，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《关于开展2018年度第41期中日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

9. 执笔论文

★填写语言：英文原文语言

- 1) 论文题目、登载的杂志名请按照原文的英语语言填写。
- 2) 共同执笔的论文请填写第一至第二作者的姓名及影响因子
- 3) 在这些论文中选出一篇提交(全文)。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)

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

申请书请于 2018 年 9 月 1 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 宋洋
- 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。

国家卫生健康委员会办公厅

2018 年 5 月 21 日印发

校对:

笹川医学奖学金项目攻读博士学位

申请须知

2018年(第41期)

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(攻读博士型)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. 日方导师出具的同意接受函(附件 5) 2 份
 - 1) 申请书中〈在日本攻读博士学位内容〉填写的同一日方导师出具的同意接收函。
 - 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)
7. 至今发表的 1 篇主要英文论文(复印件) 各 2 份
 - 1) 论文为英语
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, 2018 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) 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大学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：2018 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)”

要如实填写赴日情况(近 5 年内)。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,或有有效期间内的 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. 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) 按照自己的攻读的方向自行联系日本的研究单位。
- 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方向。
- 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,尚未取得正式的合格资格。
- 3) 关于“中日笹川医学奖学金项目”的内容,请参考《关于开展 2018 年度第 41 期中日笹川

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：英文原文语言

1) 论文题目、登载的杂志名请按照原文的英语语言填写。

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)。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)

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

申请书请于 2018 年 9 月 1 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 宋洋
- 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。

国家卫生健康委员会办公厅

2018 年 5 月 21 日印发

校对:

笹川医学奖金共同研究型英文论文清单

作者姓名	题目	学术刊物名称、卷/ 号/页数	发表日期	影响因子	引文索引

备注：请用英文填写

笹川医学奖学金攻读博士学位英文论文清单

作者姓名	题目	学术刊物名称、卷/ 号/页数	发表日期	影响因子	引文索引

备注：请用英文填写

日中笹川医学奨学金項目研究計画同意書（共同研究型）

中日笹川医学奨学金项目研究计划同意书（共同研究型）

一. 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	☐ 男・ ☐ 女	生年月日(生日)	19 年 月 日		
单位名称(单位名)					
部署名(科室名)					役職(职称)

二. 具体的な共同研究計画及び受け入れ同意書 (共同研究具体计划及同意接收函)

日本側共同研究者

機 関 名(日方研究単位)		
部 署 名(所属科室)		
パートナー氏名(合作者姓名)		役職(职务)

(一) 申請者は英語で研究テーマ、研究内容、研究日程、期待される成果を記入してください
请申请者用英语填写研究题目、研究内容、研究日程安排、期望取得的研究成果

研究テーマ(研究題目):
研究内容:
研究日程:
期待される研究成果(期望取得的研究成果):

(二). 日本側パートナーは英語で申請者を共同研究者として受け入れるかどうかの明確なご意見を願います。(请日方合作者明确提出是否接受申请者)

所属機関: 部署・役職: E-mail: 日本側パートナーの署名 (日方合作者签名) 2018 年 月 日
--

日中笹川医学奨学金項目研究者受入れ同意書（学位専攻型）

中日笹川医学奨学金項目研究者同意接收函（攻读学位型）

一、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	☐ 男・ ☐ 女	生年月日(生日)	19 年 月 日		
单位名称(单位名)					
部署名(科室名)				役職(职称)	

二、専攻博士の種類を選んでください（请选择攻读博士类型）

種類(类型)	研究先・名称(日方研究单位名称)	研究開始時間(研究开始时间)
論文博士(论文博士)		2019 年 4 月
課程博士(课程博士)		2019 年 月 大学院入学予定
研究テーマ(研究題目)		

三、日本側指導教官は上記申請者を受け入れるかどうかのご署名をお願いします。その他のコメントがあれば、詳細に書いてください。

（请日方导师签字表明是否同意接收上述申请者？如有其他建议请详细注明）

上記申請者が日中笹川医学奨学金研究者第 41 期生（学位取得コース）として合格した場合には、日中笹川医学奨学金制度研究者として受入れ、指導教官を引受けることに同意します。

(中文)

受入に関するコメント（英語で記載してください）：

所属機関：

部署：

役職

E-mail：

指導教官の署名（日方导师签名）

2018 年 月 日