一般財団法人　住友生命福祉文化財団

第１９回「地域医療貢献奨励賞」候補者推薦書

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日：令和　　 年　 　月　　 日 | |
| ふりがな | | | 性別 | 生年月日  年　 　月　 　日  （満年齢 　　歳） |
| 氏　名 | | | 男  女 |
| ふりがな | | | 勤務先 | |
| 現住所（〒　　　-　　　）  電話　　　（　　）　　 　FAX　　　（　　） | | |
| 学　　　　　　　歴　　　　　　　　（卒業高校から記入） | | | | |
| 年　　月　　日 | 学　　　　　　校　　　　　　名 | | | |
|  |  | | | |
| 職　　　　 　 　歴 | | | | |
| 年　　月　　日 | 勤　 　　務　　 　先　 　　名 | | | |
|  |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 推　　　薦　　　理　　　由 | |
| （推薦理由については、地域医療への貢献度、業績（実績）等を詳細かつ具体的に記載してください。） | |
| 推　　　　　薦　　　　　者 | |
| ふりがな | 代表者役職　氏名(ふりがな)    　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 団体名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　又は個人名（肩書・氏名） |
| ふりがな | 担当者役職　氏名(ふりがな) |
| 〒　　　-    電話　　　（　　）　　　 FAX　　　（　　） |