書式1　 平成　　年　　月　　日

公益社団法人　日本精神神経学会

「精神医学・医療奨励賞」候補　推薦書

推　薦　者（日本精神神経学会　会員）

印

（どちらか○で囲んでください）

精神**医学**奨励賞

精神**医療**奨励賞

|  |
| --- |
| 被　推　薦　者 |
| 医学奨励賞・医療奨励賞―　個人　の場合の記載欄（ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　　月　　　日生氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　満　　　歳 |
| 医療奨励賞―　団体　の場合の記載欄（ふりがな）団　体　名 |
| 上記団体を代表する当学会会員（ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　　月　　　日生氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　満　　　歳 |

受賞対象：　　個人　　団体

注：医療奨励賞-団体の場合、以下の所属機関・自宅記載欄は、上記「団体を代表する当学会会員」についてご記載下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属　機　関 | 名称 |
| 住所　〒 |
| TEL（　　　　）　　　　―　　　　　　　　　　　　　　　内線（　　　　　） |
| FAX（　　　　）　　　　―　　　　　 |
| 現職・役職 |
| 自　宅 | 住所　〒 |
| TEL（　　　　）　　　　―　　　　　　　　　　　　　　　内線（　　　　　） |
| FAX（　　　　）　　　　―　　　　　 |
| 対象業績　　　医学奨励賞は、対象研究論文題名と発表誌名・巻・号・頁・掲載年を医療奨励賞は、対象業績を簡潔に記述してください。 |

|  |
| --- |
| （学会事務局記載欄）　　　年　　　月　　　日　入会 |