

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

(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
受賞対象： 個人 団体

推 薦 者 (日本精神神経学会 会員)
印

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

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