　書式2　 　20　　年　　月　　日

公益社団法人　日本精神神経学会

「精神医療奨励賞」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）

|  |
| --- |
| 被　推　薦　者 |
| 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（　　　　）　　　　― |
| メールアドレス |
| 現職・役職 |
| 自　宅 | 住所　〒 |
| TEL（　　　　）　　　　―　　　　　　　　　　　　　　　内線（　　　　　） |
| FAX（　　　　）　　　　― |
| 対象業績（簡潔に記述してください） | |

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

精神医療奨励賞　推薦理由書

受賞対象：　個人　　団体　　（○で囲む）

|  |  |
| --- | --- |
| 被推薦者（団体）名 | 推薦者名 |
| 【推薦の理由】　2000字以内で記載して下さい。  　　　　　　　　　この用紙に書ききれない際は、同形の書式でページを追加して下さい。 | |

精神医療奨励賞　利益相反申告書

医療奨励賞への申請においては、行政的な取り組み、公的な資金を受けての取り組みに該当するかどうかを明示し、該当する場合にはその詳細を記載してください。

|  |
| --- |
|  |