

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)
受賞対象： 個人 団体

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

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
<p>【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。</p>	

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。