名医の郷が贈る やぶ医者大賞応募用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申込年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 性別 |  | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 候補者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| フリガナ |  | 職名 |  |
| 勤務先名 |  |
| 候　補　者連　絡　先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail: |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 推薦団体名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 推薦団体代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 推薦団体連絡先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX:　　　（担当者名：　　　　　　　　）　　　　　 　　　　　　　　E-mail: |
| 年　　　月 | 学　　歴　　・　　職　　歴 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 年　　　月 | 賞　　　　　　　　　罰 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

やぶ医者大賞　推薦理由書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 　 |
| 候補者氏名 |  |
| 地域医療における取り組み、その成果など応募・推薦の理由を枠内に記入してください。ＭＳＰゴシックの１２ポイントで、１行４０字×３０行の1,200字以内で入力してください。 |
|  |
|  |
|  |

※　取り組みの内容がわかる写真３点をＡ４用紙に添付して提出してください。

※　取り組みの内容が紹介された新聞記事等がありましたら、Ａ４用紙に添付して提出してください。（3点以内）

※　応募用紙及び添付書類は、事務局あてに郵送していただくとともに、メールにて送信してください。