|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **締切日****2023年12月31日(消印)** |

 |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | 2024年度 第43回福見秀雄賞推薦票 |

 |
|  |
| 　年 月 日 |
| （フリガナ） |  | 所属職名 |  |
| 候補者氏名 |  |
|  | （業績の題目は、80字以内でご記入ください。） |
| 業績の題目 |  |
| 推薦理由 | 記入欄に収まるように、次のことを具体的に記載ください。①臨床検査ならびに衛生検査領域全般において、実務者としてその領域尚ける発展、向上に指導的な役割を果たしてきたか。　②臨床検査ならびに衛生検査に関する学会、団体活動（役員歴など）において、実務者としてリーダーシップを果たしてきたか。　③臨床検査ならびに衛生検査領域全般おいて、指導・教育など人材育成に果たした功績があるかなど。　（全体のスペースが足りない場合は上記説明文を削除してください） |
| ①②③ |
| 候補者連絡先 | 所属機関所在地 | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  | TELFAXE-mail: |
|  |
|  |
| 自 宅 | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  | TELFAXE-mail: |
|  |
|  |

整理番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 候補者の生年月日・最終学歴・職歴・学会・団体活動・学位の有無 |  |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日（昭和 年） 満 歳 | 最終学歴(臨床衛生検査関連領域) | 西暦 年 月 卒業（昭和 年） |  |
| 学 位 | （博士） |
| 1. 職歴（役職を含む）
2. 学会・団体活動
3. 取得免許：国家資格、認定資格等
 |
| 発表論文など |  |
|  |
| 受賞歴（名称・賞の課題・年月を記載して下さい） |  |
|  |
| （フリガナ） |  | 所属職名 |
| 推 薦 者 氏 名（署名捺印をしてください） |  |
| 印 |
| 推 薦 者所 属 住 所 | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  | TELFAXE-mail: |
|  |
| 　　 |
| 所属長の承諾 (注) | 職名　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 印 |

(注) :推薦者が候補者の所属長でない場合は、**候補者の現所属長**の承諾印をいただいて下さい。

* 当推薦票はWordファイルにて提供しております。　<http://www.kmf.or.jp>