|  |  |
| --- | --- |
|  | **締切日****2023年12月31日(消印)** |
| 2024年度 第59回小島三郎記念技術賞推薦票 | 整理番号 |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 　 年 月 日 |
| （フリガナ） |  | 所属職名 |  |
| 候補者氏名 |  |
|  | (業績の題目は、**40字以内**で記載ください。) |
| 業績の題目 |  |
| 推薦理由 | ①②③の順に具体的に記載ください（全体のスペースが足りない場合には以下の説明文を削除して記載ください）；①検査方法、術式の発明、考案、開発あるいは改良（新規性、革新性、有用性、既存方法に比しての優位性、論文等の発表及び特許の有無など）、②同検査技術の普及・発展（同検査技術の普及度合い；ガイダンス・ガイドライン化への取り組み、体外診断用医薬品・保険適用申請状況、学会等での推奨など）、③同検査技術の日常業務への貢献度（日常検査で活用されているか。迅速化、簡便化、効率化等）など。1,500字以内で詳細に記載ください。また、該当する発表論文番号を推薦理由内に記載ください。（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） |
| 1. 検査方法、術式の発明、考案、開発あるいは改良：
2. 同検査技術の普及・発展について：
3. 同検査技術の日常業務への貢献度について：
 |
| 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・学歴・職歴・研究歴・取得免許・学位の有無 |  |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日（昭和 年） 満 歳 | 学　位 | （　　　　　大学） |
| 1. 学歴
2. 職歴
3. 研究歴
4. 取得免許：国家資格、認定資格等
 |
| 発表論文及び著書（全体のスペースが足りない場合は下記説明文を削除してください） |  |
| 1.推薦理由に該当する重要論文５編以内：著者名（3名以内；それ以上は、et. al.）、論文課題名、発表雑誌名、巻数、ページ、発行年、などを年代順（最近のものから）に番号を付して記載ください。2.記載論文の別冊を添付ください。返却は致しません。3.筆頭著者以外の提出論文については役割分担を明記してください。 |
|  |
| 受賞歴（名称・賞の課題・年月を記入して下さい） |  |
|  |
| （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>