日本医師会最高優功賞 候補者推薦書

都道府県医師会長推薦〔個人・団体〕 該当を○で囲んで下さい。

令和　年度　　様 式 1

個人候補	(ふりがな)		男・女	(11月1日現在) T　年　月　日 S　(満　歳)	所　属 医師会名	医師会
	氏　名				会員区分	A① A②(B) A②(C) B C
団体候補	(ふりがな)		設立年月日	M T　年　月　日 S H	会員総数	(　年　月　日現在) 名
	団体名 代表者名					
(ふりがな)					電話番号	(　　)
現 住 所	〒					

〔推薦都道府県〕 医師会名 会 長 名 住　所 電話番号	公 印	〔推薦郡市区〕 医師会名 会 長 名 住　所 電話番号	公 印

(元号で記入して下さい。)	略　歴 (主な履歴を記入して下さい。必ず700字以内に収めて下さい。)
年　月 ～ 年　月	

様 式 2

主な功績内容（必ず 800 字から 1,200 字以内に収めて下さい。）

※ 候補者推薦書に記載された個人情報は、記念式典並びに医学大会に関わる業務にのみ使用いたします。