

推薦（申し込み）書

平成30年 月 日

一般社団法人仙台市医師会
会長 永井幸夫 様

第34回仙台市医師会学術奨励賞候補者

氏 名

(生年月日 M. T. S 年 月 日生)

を推薦（申し込み）いたします。

推薦（申し込み）者名

印

推薦（申し込み）要旨

候補者名

参 考 資 料 (項目だけの記入でも結構です。)

1.

2.

3.

4.

5.

仙台市医師会学術奨励賞候補者

略 歴 書

平成30年 月 日現在

医療機関名	
病医院住所	〒 TEL -

フリガナ		性別
氏 名		
生年月日	大・昭 年 月 日・満 歳	

名刺版の写真を一枚必ず添付のこと。

学 歴

年 月	学校・学部・出身教室

職 歴

年月	年月	勤務先名および役職名等
～		
～		
～		
～		

所属学会・医会役職及び仙台市医師会各種委員会委員

仙台市医師会員への生涯教育等の実績等

候補者名 _____

講演関係

1. 昭和・平成 年 月 講座名 _____
演題名 _____

2. 昭和・平成 年 月 講座名 _____
演題名 _____

3. 昭和・平成 年 月 講座名 _____
演題名 _____

会報等論文掲載

1. 昭和・平成 年 月 掲載雑誌名 _____
題 目 _____

2. 昭和・平成 年 月 掲載雑誌名 _____
題 目 _____

3. 昭和・平成 年 月 掲載雑誌名 _____
題 目 _____