(西暦)**年度 日本臨床外科学会 学会賞候補者推薦書**

日本臨床外科学会

　会長　　　　　　　　　　　殿

「（氏名　　　　　　　　　　　　）（所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）」を、（西暦） 年度 日本臨床外科学会 学会賞候補者として推薦いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦　　　　　　）年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　推薦者：　　　　　　　　　　　　　㊞　(自署の場合は押印不要)

（いずれかに〇をしてください）（名誉会長､名誉会員､特別会員､副会長､幹事､監事､支部長）

（推薦理由）

（西暦） 　**年度　日本臨床外科学会 学会賞候補 被推薦者 経歴**

学会賞受賞候補者として推薦する者の経歴は以下の通りです。

　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　記入者　　　　　　　　　　　　　　　㊞　(自署の場合は押印不要)

（記入は推薦者、被推薦者本人のいずれかとする）

（西暦）　　　　年　　月　　日 現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな | | 性別 | 生年月日（年齢は作成日） | | | 提出6か月以内撮影の写真 |
| 氏名 | | 男・女 | (西暦(和暦))  　　　　 年 　　月　　 日  （　　　　 歳） | | |
| 現住所 | 〒 | | | | 本籍 | (都道府県・外国籍の場合は国名) |
| 現職 |  | | | | | | |
| 学歴  (高等学校卒業より記入) | (西暦(和暦)) |  | | | | | |
| 学位 | (西暦(和暦))　　　　年　 月　 日 取得 | | | | | | |
| 免許･資格(専門医等) | 医籍登録番号　第　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　取得 | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職歴  (職名､地位 等も記入のこと) | (西暦(和暦)) |  |
| 地域医療､地域社会における活動 等 |  | |
| 受賞歴 | 国内（あり　・　なし） | |
| 海外（あり　・　なし） | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 著書・論文  筆 |  | 筆頭著者として | 共著者として |
| 著書・単行本 | 編 | 編 |
| 編集者 | 編 | 編 |
| 分担執筆 | 編 | 編 |
| 本学会誌掲載論文 | 編 | 編 |
| その他の医学雑誌掲載論文 | 編 | 編 |
| 学会発表  筆 |  | 筆頭発表者として |  |
| 会長講演 | 回 |
| 招請講演･特別講演･教育講演 | 回 |
| シンポジウム・パネルディスカッション・ワークショップ | 回 |
| シネ、ビデオ　セッション | 回 |
| 一般演題 | 回 |
| ポスターセッション | 回 |
| その他の事項 　 (特になければ空欄可) |  | | |