|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **締切日**  **2024年12月31日(消印)** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 整理番号 |  | 2025年度 第44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） | | | | | | | | | | | | | |
| ①  ②  ③ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 候補者連  絡  先 | 所属機関所在地 | | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  | | | TEL  FAX  E-mail: | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 自 宅 | | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  | | | TEL  FAX  E-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 | | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | TEL  FAX  E-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>