年　　月　　日

第11回昭和上條医療賞(2024年度顕彰)申請書

Ⅰ.代表者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | | (カナ) | | |
| (漢字)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　※自筆 | | |
| 生年月日 | | 西暦　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　(満　　　　　　歳) | | |
| 所属機関名 | |  | 役職 |  |
| 所属機関所在地 | | 〒 | | |
| 自宅住所 | | 〒  所属連絡先：  携帯TEL： | | |
| メールアドレス |  | | | |

Ⅱ.学歴

|  |  |
| --- | --- |
|  | 大学名・学部名・科(教室)名　等 |
| 年　　月　　　日 |  |
| 年　　月　　　日 |  |
| 年　　月　　　日 |  |
| 学位 |  |

Ⅲ.職歴・研究歴

|  |  |
| --- | --- |
|  | 大学名・医療機関名・研究機関名・会社名　等 |
| 年　　月　　　日 |  |
| 年　　月　　　日 |  |
| 年　　月　　　日 |  |
| 所属学会 |  |
| 過去に受けた主な賞 |  |

※グループ名〈　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〉

名簿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | | 年齢 | 所属機関・部署名 | 職種 |
| 代表者 | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

※グループ名がある場合はお書きください。

Ⅳ.概要

|  |  |
| --- | --- |
| 医療活動のテーマ |  |

具体的に各メンバーの役割等を説明し、顕著な活動状況が十分把握できるよう記入してください。

|  |
| --- |
| 主 と な る 功 績 内 容　（1000字程度） |
|  |

Ⅴ.資料名

|  |  |
| --- | --- |
| 活動内容に関する資料3件以内(活動が具体的に示されたもの、数値化された資料など)を添付して下さい。 |  |

* この賞をどのようにお知りになりましたかお聞かせください　該当項目に〇をしてください　（任意）

1.当財団ホームページ　2.医師会　3.歯科医師会　4.薬剤師会　5.看護協会

6.理学療法士協会　7.作業療法士協会　8.所属大学の通知文　9.知人からの紹介

10.昭和大学同窓会

11.その他

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）