

年 月 日

昭和上條医療奨励賞(2025 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	
----------	--

以下の 1～5 を踏まえ、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。

- 1.活動の有用性 2.期待される活動成果 3.期待される活動の地域性 4.活動の特性  
5.多職種連携医療の実践

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○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

(

)