受付番号：

**遠 山 椿 吉 賞　（2025年度）**

**『遠山椿吉記念　第9回　健康予防医療賞』**

**応募推薦用紙**

* ご入力いただきました個人情報につきましては、2025年度『遠山椿吉記念 第9回 健康予防医療賞』選考のために使用いたします。第三者に提供することはありません。
* この応募推薦用紙（二枚一組）にご記入の上「応募要領」に従い、メール添付もしくは郵送（簡易書留）／宅配便にてお送りください。

○ 受賞候補者　　　□個人　　　□グループ　（個人･グループ応募の別をチェックしてください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名  (グループ応募の場合  代表者) | （フリガナ） | 年齢 （応募年の  4月1日現在） |
| 歳 |
| 役職名 |  | |
| 勤務先 |  | |
| 勤務先住所  （日中のご連絡先） | 〒  ℡　　　　（　　　　）　　　 Email: 　 　@ | |
| グループ応募の場合その名称 |  | |
| グループ応募の場合メンバー全員の  ご所属、氏 名 |  | |

○ 研究概要

|  |  |
| --- | --- |
| テーマ名 |  |

|  |
| --- |
| 研究成果の概要をお書きください。 |
| ○ 受賞対象業績の概要説明：  ＜背景＞  ＜調査・研究のねらい＞  ＜調査･研究の成果＞  ○ 特に独創性、将来性、実用性、経済性、社会貢献度等について： |

推薦者（推薦の場合のみ、こちらにご記入のうえ推薦状を添付してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | （フリガナ） |
| 役職名 |  |
| 勤務先 |  |
| 連絡先住所 | 〒  ℡　　　　　　（　　　　） |

**遠 山 椿 吉 賞　（2025年度）**

**『遠山椿吉記念　第9回　健康予防医療賞』**

**応募者略歴**

* ご入力いただきました個人情報につきましては、2025年度『遠山椿吉記念 第9回 健康予防医療賞』選考のために使用いたします。第三者に提供することはありません。

年　 月　 日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | | | | |
| 職名 |  | 氏名 |  | 年齢 |  |
| 生年月日 |  |
| 勤務先 |  | TEL |  | | |
| 住所 |  | FAX |  | | |
| E-mail |  | | |
| 最終  学歴 |  | 資格  免許 |  | | |
| 学位 |  | | |
| 年月日（西暦） | **主な経歴** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 国内学会等  （主な役職） | 1.  2.  3. | | | | |
| 国際学会  （主な役職） | 1.  2.  3. | | | | |
| 専　　門 |  | | | | |
| 公職など |  | | | | |
| 主な研究 |  | | | | |

遠 山 椿 吉 賞　（2025年度）

『遠山椿吉記念　第9回　健康予防医療賞』

応募者業績一覧

1.原著論文　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| ４． |  |
| ５． |  |

2.その他

|  |  |
| --- | --- |
| １. |  |
| ２. |  |
| ３. |  |
| ４． |  |
| ５． |  |