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． |  |