日本臨床薬理学会 臨床薬理専門医アワード 推薦書（1/3）

**日本臨床薬理学会　専門医制度委員会委員長　殿**

**理事長 殿**

臨床薬理専門医アワードに被推薦者を推薦いたします。

 （西暦）　　　　年　　　月　　　日

ふりがな

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　推薦者会員番号

推薦者の所属（部局名を含む）

　役　職：

　所在地：　〒

　TEL： E-mail：

どちらかを○で囲んでください：　　　　自薦　　・　　他薦

　　（他薦の場合は被推薦者の氏名・所属をご記入ください）

被推薦者氏名

被推薦者の所属

日本臨床薬理学会 臨床薬理専門医アワード 推薦書（2/3）

Ａ．推薦理由　　　　　　　　　　　　　　　　　被推薦者氏名

日本臨床薬理学会 臨床薬理専門医アワード 推薦書（3/3）

Ｂ．活動内容（過去5年以内）のリスト　　　　　被推薦者氏名

スペースが不足する場合には、この用紙のコピーを用いて付け加えてください。