　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　村上記念輸血・細胞治療特別功労賞推薦様式1

村上記念輸血・細胞治療特別功労賞推薦書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

日本輸血・細胞治療学会

理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者　所属機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

　日本輸血・細胞治療学会 村上記念輸血・細胞治療特別功労賞候補者として下記候補者を推薦します。

候補者

　 印　 年齢　　　歳　(　　　年　　月　　日生)

所属機関　　　　　　　　　　　　　　　　職務

所在地〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

推薦理由

注意　推薦者は日本輸血・細胞治療学会評議員であること。

村上記念輸血・細胞治療特別功労賞推薦様式2

候補者履歴書

候補者氏名 印 年齢　　歳　(　　　年　　月　日生)

自宅住所〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

経　歴　(大学からの経歴を記入する)

|  |  |
| --- | --- |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |
| 年 |  |