

公益財団法人 鈴木万平糖尿病財団

平成 年度 糖尿病療養指導鈴木万平賞 推薦書

平成 年 月 日

審査委員長殿

1. 推薦者

氏 名：

住 所：〒 -

Tel Fax

e-mail

所属学会、所属協会、所属機構名：

2. 候補（該当する欄に記入）

個人

個人名：

（所属施設又は団体名：）

住 所：〒 -

Tel Fax

e-mail

施設

名 称：

代表者氏名：

代表者役職：

所在地又は連絡先：〒 -

Tel Fax

e-mail

団体・チーム・グループなど

名 称：

代表者氏名：

代表者役職：

所在地又は連絡先：〒 -

Tel Fax

e-mail

3. 主な業績（タイトル）

4. 候補者の「活動実績と療養指導への貢献」及び「認知度・波及性」などを記載願います。
なお、審査に必要な資料として、活動実績等を3点程度必ず添付して下さい。

<活動実績と療養指導への貢献>

<認知度・波及性>