



福岡医発第 240 号 (総)

平成 21 年 4 月 24 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 横 倉 義 武

(公 印 省 略)

日本医師会最高優功賞受賞候補者の推薦について (お願い)

標記について、日本医師会設立記念医学大会が例年のとおり 11 月 1 日に開催されることに際しまして、日本医師会長から推薦方依頼が参りました。

つきましては、下記表彰規程第 3 条 (5) に該当される方がおられましたら、別添の「日本医師会最高優功賞候補者推薦書」にご記入の上、来る 6 月 24 日 (水) までにご推薦くださいますようお願い申し上げます。該当者のない場合も、その旨ご報告願います。

記

表彰規程第 3 条 (5) 〔最高優功賞〕

本会会員または医師会で、医学、医術の研究により、医学、医療の発展または社会福祉の向上に貢献し、特に功績顕著と認められるもので、都道府県医師会長の推薦したもの。

〔日本医師会最高優功賞候補者推薦書における注意事項〕

1. 過去に本賞を受賞された先生 (団体) は再度受けることはできません。
2. 様式 1 の「略歴」(主なる履歴) は 700 字以内、様式 2 の「主なる功績内容」は必ず 800 字～1200 字以内に収めるようにして下さい。功績内容における被推薦者に対しては、敬称は用いないでください。
(記入例：～されています。→ ～した。 ～先生→ ～氏)
また、記載する年月は西暦でなく 元号で記入して下さい。パソコン等で作成の場合も 字数を必ずお守り下さるようご注意願います。
3. 資料の提出は不要ですので、お送り頂かなくて結構です。

日本医師会最高優功賞 候補者推薦書

都道府県医師会長推薦

〔個人・団体〕 該当を○で囲んで下さい。

平成 年度

様 式 1

個人候補	(ふりがな)		男・女	(11月1日現在)	所 属	医師会
	氏 名			M T S (満 歳)	医師会名	
団体候補	(ふりがな)		設立年月日	M T S H 年 月 日	会員区分	A① A② B C
	団体名 代表者名			会員総数	(年 月 日現在) 名	
(ふりがな)					電話番号	()
現 住 所		〒				
〔推薦都道府県〕 医師会名 会 長 名 住 所 電話番号				〔推薦郡市区〕 医師会名 会 長 名 住 所 電話番号	公 印	
(元号で記入して下さい。)		略 歴 (主なる履歴を記入して下さい。必ず 700 字以内に収めること。)				
年 月 ～ 年 月						

主なる功績内容（必ず 800 字から 1,200 字以内に収めること。）