

平成30年 月 日

平成30年度 性の健康医学財団賞 候補者推薦用紙

項 目	記 入 欄	備考 (留意事項)
推薦分野		3分野の内から記入
ふり 氏 なが 名		受賞対象となる者
所 属		受賞対象となる者
生年月日		50歳未満であること
性 別	男 ・ 女	
対象論文名		
掲載誌等		平成29年 1月 1日 ～ 平成29年12月31日
推薦事由		
その他特記事項		

推 薦 者 役職・氏名 署名・捺印		先生ご自身のお名前
-------------------------	--	-----------

※対象論文のコピーを1部添付して下さい。

お問い合わせ先： 公益財団法人 性の健康医学財団 事務局

〒113-0034 東京都文京区湯島2-31-6 湯島堀井ビル3階 電話：03-3813-4098/FAX：03-3813-4107