

公益財団法人 鈴木万平糖尿病財団

令和 2 年度 (第 13 回) 糖尿病療養指導鈴木万平賞推薦書

令和 元 年 月 日

推薦者	
氏名(ふりがな) () ⑩	
所属機関 (学会,協会,機構名)	役職
【本件の連絡先】	
住所〒 (-)	
TEL	FAX
e-mail	

糖尿病療養指導鈴木万平賞の候補として、下記のとおり推薦します。

記

1. 候補	
個人	
氏名(ふりがな) ()	
所属	役職
住所〒 (-)	
TEL	FAX
e-mail	
個人以外 (<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> チーム <input type="checkbox"/> グループ) ※該当箇所をチェック願います。	
代表者氏名(ふりがな) ()	
名称	役職
(ふりがな) ()	
所在地〒 (-)	
(連絡先)	
TEL	FAX
e-mail	
2. 主な業績 (簡条書で簡潔に記入願います)	

3. 候補の「活動実績と療養指導への貢献」及び「認知度・波及性」などを具体的に記入願います。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>