様式１-1（推薦団体用）　　　　　　　名医の郷が贈る やぶ医者大賞応募用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申込年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 性別 |  | 生年月日 | 昭和　・　平成年　　月　　日（Ｒ6.4.1時点　　　歳） |
| 候補者氏名 |  |
| フリガナ |  | 職名 |  |
| 勤務先名 | ＊正式名称を省略せずに記載してください。 |
| 候　補　者連　絡　先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL:　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail:  |
| 勤務先市町人口/世帯数65歳以上高齢化率 | 人　／　　　　世帯（　　　　　　　）％(　　　　　　　) | 勤務先運営形態 | 公立民間その他（　　　　　　　　　） |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 推薦団体名 |  | 推薦団体代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 推薦団体連絡先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL:　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　FAX:　　　（担当者名：　　　　　　　　　　　　）　　　　　 　　　　 E-mail: |
| 年　　　月 | 学　　歴　　・　　職　　歴 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 年　　　月 | 賞　　　　　　　　　罰 |
|  |  |
|  |  |

様式1-2（推薦団体用）　　　　　　　　　やぶ医者大賞推薦理由書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  |
| 候補者氏名 |  |
| 地域の現状等、以下の①～③に記入をお願いします。以下のスペースで自由に記載してください。ただし、文字はＭＳＰゴシックの12ポイントで、　１ページに収めてください。 |
| 1. **地域の現状、医療体制の状況**】
2. **候補者の活動と地域への貢献】**
3. **候補者の人柄**】

（＊具体的な事例を交えて記述してください。）　 |

※　顔写真１枚、取り組みの内容がわかる写真３点を提出してください。

※　取り組みの内容が紹介された新聞記事等がありましたら、Ａ４サイズで提出してください。（3点以内）

※　応募用紙及び添付書類は、事務局あてに郵送していただくとともに、メールにて送信してください。（＊ワードのまま。）