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。）