**医学生の活動（地域公衆衛生あるいは社会・文化領域）への**

**顕彰および助成金**

**応募・推薦用紙**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付番号

|  |
| --- |
| ■ どちらかに○をお付けください。  　　　　　　　　　A　個人　　　　　　　　　　　B　団体 |
| ■ 応募するテーマ・タイトル・内容 |
| ■ 応募者氏名（複数の場合は全員の氏名を書き、代表者に◎、医学生に○をつける） |
| ■ 代表者の所属・職名・肩書き・学年など |
| ■ 推薦者（所属・職名・肩書きなど）  印 |
| ■ 応募者の連絡先  　　　〒  　　 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号  　 メールアドレス |
| ■ 応募または推薦の理由  ※ 他に、応募する内容に関して概要を８００字程度にまとめ、添付してください。 |
| ■ 過去の活動実績 |