**研究助成推薦状**

平成 　　年　　月　　日

公益財団法人 新日本先進医療研究財団

理事長 赤司　浩一　殿

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所属機関・部署

職位

所属機関住所

T E L

貴財団の研究助成の候補者として下記の通り推薦いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研　究　代　表　者 | 氏　　名 |  |
| 所属機関・部署 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |
| TEL 　 　　FAX |
| E-mail |
| 役　　職 |  |
| 専門分野 |  |
| 推薦理由 | |  |

※11pt、明朝体で記入をお願い致します。

※　1推薦者につき1件　複数の研究者への重複推薦は不可