令和５年度関西医科大学女性医師活躍推進賞

（アプリコットサポート賞）応募申込書

|  |
| --- |
| いずれかを○で囲ってください。　　　　　　　　　　1. 自薦　　　　2. 他薦 |
| 団体名 |  |
| （以下、申請代表者について記入願います。） |
| ふりがな代表者氏名 |  |
| 所属先（勤務先） |  | 職　名 |  |
| 連絡先 | PHS: /内線番号：　　　　　　/E-mail:　　　　　 |

|  |
| --- |
| 支援内容と効果　【1000字以内で記入してください】　※根拠資料となるものがありましたら併せてご提出ください。（別紙でも可） |
|  |
| 団体の構成メンバー　　※必要に応じて行を増やしてください。 |
| 所属 | 職名 | 氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| * 他薦の場合のみ記入願います。
 |
| 推薦者氏名 |  |
| 所属・職名 |  |
| 申請団体との関係 |  |
| 推薦理由 |  |
| 年　　　月　　　日　　　自署　 |