KANZAWA　MEDICAL　RESEARCH　FOUNDATION

**公益財団法人　神澤医学研究振興財団**

**2024年度（第28回）研究助成金**

　2024年　　月　　日

**推薦書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 研究機関  （教室名まで）  職名・学位 | 職名：　　　　　　学位： |

上記申請者を神澤医学研究振興財団の研究助成候補者として推薦致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦者氏名＊ |  | 印 |
| 研究機関名 |  | |
| 役　職 |  | |
| 所在地 | 〒 | |
| 電　話 | TEL（　　　）　　－ | |
| E-mailアドレス |  | |

＊推薦者氏名欄：自署の場合は押印不要です。