

日本小児血液学会評議員推薦書

フリガナ		生年月日	19 年 月 日生
氏 名	印	最終学歴	
		卒業年	19 年 月
自宅住所	〒		TEL FAX E-mail
勤務先 名 称			
勤務先 住 所	〒		TEL FAX E-mail
職 歴			年 月～ 年 月
入 会 年 月 日	年 月 日	会員番号 ()	
日本血液学会血液専門医	年 月 日	専門医番号()	

* 業績一覧表は別紙

推薦人氏名

(日本小児血液学会評議員)

所 属

_____ 印 _____ 印

_____ 年 月 日 _____ 年 月 日