**第10回（2017年度）日本ヘルスサポート学会賞・実践活動部門推薦書**

　年　　月　　日

日本ヘルスサポート学会御中

推薦者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　連絡先 電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

e-mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　継続的な活動によって、顕著な成果を上げた、以下の実施プログラム・実践活動を、日本ヘルスサポート学会賞・実践活動部門に推薦します。

記

応募対象の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 種類 | 実施プログラム　実践活動（該当するものに○をする） |
| 名称 |  |
| 実施主体 |  |
| 主たる活動者 |  |
| 実践活動期間 |  |
| ２０１５年度の成果 |  |
| 連絡先 | 氏名  住所  電話　　　　　　　　　　　　FAX  e-mail |
| 添付参照資料リスト | 資料番号と資料名を記入（資料は本状に添付する） |

（裏面に続く）

ご注意

・対象となるのは、2016年度（2016年4月から2017年3月まで）において、それまでの継続的な実践活動によって顕著な成果をあげた実践活動です。

・概ね3年程度継続的に実施されていることが条件です。企画段階、研究事業段階またはテストパイロット段階は対象になりません。

・自薦・他薦両方が可能です。

送付先と受付確認

送付先　日本ヘルスサポート学会事務局

　〒100-0003　東京都千代田区一ツ橋1-1-1

パレスサイドビル　(株)毎日学術フォーラム内

TEL　03-6267-4550　FAX 03-6267-4555

　E-MAIL　jshss＠mynavi.jp

　※電子メールに添付してお送りいただく場合には、

件名を、「学会賞の推薦」としてください。

送付締め切り　2017年6月30日（金）

（応募をいただいたのち、折り返し受付確認の連絡を致します。）