**2019年度**

**睡眠健康推進機構長賞 受賞候補者推薦書**

　　　年　　　　　月　　　　　日

公益財団法人　神経研究所

睡眠健康推進機構

機構長　大川　匡子　殿

睡眠健康推進機構長賞受賞候補者を下記のとおり推薦いたします。

1. 研究題名（40字以内で記入してください）

|  |
| --- |
| 次の該当分野へ ○ をつけてください  A 睡眠科学　　　　B 睡眠医学　　　　C 睡眠社会学 |

2. 候補者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 生年月日  （年齢） | | 西暦　　　年　　　月　　　日生  （　　　　　歳） |
| 所属機関 |  | | | | |
| 職　　名 |  | | 学　　位 | |  |
| 所属機関  所 在 地 | 〒　 　 - | | | | |
|  | | | | |
| TEL |  | FAX |  | |
| E-Mail |  | | | |
| 希望する連絡先  **□**　所属先  **□**　自宅 | （所属先以外の場合記載）  〒　 　 - | | | | |
|  | | | | |
| TEL |  | FAX |  | |
| E-Mail |  | | | |

3. 推薦者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | ㊞ | 生年月日  （年齢） | | 西暦　 　年　 　月　 　日生  （ 　　　　歳） |
| 所属機関 |  | | | | | |
| 職　　名 |  | | | 学　　位 | |  |
| 所属機関  所 在 地 | 〒　 　 - | | | | | |
|  | | | | | |
| TEL |  | | FAX |  | |
| E-Mail |  | | | | |

4. 候補者の経歴・研究歴（箇条書きで記載してください）

|  |
| --- |
|  |

5. 候補者の業績、推薦理由（800字以内で記載してください）

|  |
| --- |
|  |

6. 候補者の業績リストを添付してください（別紙に発表論文を現在から遡って記載してください）。

7. 代表的論文5編の別刷りを添付してください。