【様式１】

（西暦）　　　年　　月　　日

JSPENスカラーシップ賞2023　応募用紙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 会員番号 | N |
| 入会年月日（西暦） | 年　　　　月 | | |
| 現住所および日中連絡先 |  | | |
| お持ちの国家資格 | 名称　： | | |
| 番号　： | | |
| 勤務病院名称および  勤務期間  **※証書の写しを添付のこと** | 名称：  部署名：  住所：  勤務期間： | | |
| 略歴 |  | | |

【申請書送付先】 応募締切：2023年6月30日（事務局必着）

〒103-0022

東京都中央区日本橋室町4丁目4ー3喜助日本橋室町ビル 4階

一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会　「AWARD選考委員会」 宛

TEL：03-6263-2580　FAX：03-6263-2581