【様式３】

（西暦）　　　　年　　月　　日

推　薦　書

一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会

AWARD選考委員会委員長　殿

推薦者

所属

住所

TEL

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の者を一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会JSPENスカラーシップ賞2023に推薦

いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男  ・  女 | （西暦）  　　　　　　年　　　月　　　日生  （　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 所　属 |  |  |  |

【推薦理由】