（書式2-2）

推薦書

日本性差医学・医療学会 御中

申請者氏名(自署)

上記の申請者について　日本性差医学・医療学会認定　性差医学・医療指導士

にふさわしいと考え　ここに推薦いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 西　暦： |  | | 年 |  | 月 |  | 日 | |
| 施設名： |  | | | | | | | |
| 推薦者氏名：  (署名又は記名押印) | |  | | | | | | 印 |
| 推薦資格  （該当を〇で囲む） | 当学会の　理事　・　監事　・　評議員　、　所属長 | | | | | | | |
| （所属長の場合のみ）  役職名： |  | | | | | | | |