別記様式 1（年表記は西暦で記載）

推 薦 書

（西暦） 年 月 日

福井大学学術研究院医学系部門長

殿

（推　　薦　　者）

　　　　　所　 属

職 名

氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の者を福井大学学術研究院 医学系部門 器官制御医学講座 整形外科学分野 の教授候補者として推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 候補者の現職・所属機関等名 | ふりがな  氏 名 （生年月日） |
|  | （西暦） 年 月 日生 |
| 候補者の主たる研究分野 | |
|  | |
| 推薦理由 | |
|  | |
| 参考事項 | |
|  | |