|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付月日 | 受付番号 |
| 第14回（令和2年度）（公社）日本薬理学会 江橋節郎賞候補者推薦書令和　2　年　　　　月　　　　日 |
| 公益社団法人日本薬理学会　理事長　谷内　一彦　殿 |  |
| 候補者　　ふりがな　　氏　名 | 生年月日：19　　年　　月　　日生学位 |
| 所属機関部局・職所属機関所在地 〒自 宅 住 所 〒 | E-mailTel（　　　）　　　－　　　　　Fax（　　　）　　　－　　　　　自宅Tel（　　　）　　－　　　　 |
| 研究題目 |
| 英文表記 |
| 業績の概要 |
| 上記のとおり（公社）日本薬理学会江橋節郎賞候補者を推薦いたします。 |
| 推薦者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属機関部局・職所属機関所在地 〒 | E-mailTel（　　　）　　　－　　　　　Fax（　　　）　　　－　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 候補者氏名： |
| 候補者の略歴・研究歴・受賞歴（１ページ以内にまとめてください．） |
|  | 候補者氏名： |
| 業績の大要および推薦理由（１ページ以内にまとめてください．） |
| このカラムには著名なReview誌に具体的にどのように引用されているか等，候補者の独創性，オリジナリティ，世界から見た位置づけを記載してください． |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 候補者氏名： |
| 主要研究論文リスト（IF値，CI値記載日　　　　年　　月　　日）　候補者の業績30編以内について，全著者名，論文名，掲載誌名，巻，最初と最後の頁，発表年を記載してください．　主要10編については○印を付し推薦書作成時点におけるWeb of ScienceのIF値，CI値を記載してください．　主要10編はpdf形式でCD-Rに保存して推薦書に添付してください． |
| 番号 | 主要10編に○ | IF | CI | 全著者名，論文名，掲載誌名，巻，最初と最後の頁，発表年（発表年の古いものから記載してください） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| ： |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　（必要に応じて本様式をコピーしてお使いください）