（別紙様式）

次世代研究者挑戦的研究プログラム（SPRING）

京都府立医科大学Medical Innovationフェローシップ

推薦書

|  |  |
| --- | --- |
| SPRINGフェローシップ  申請者（所属・学年・氏名） |  |

|  |
| --- |
| ＜推薦理由＞  *（人物評価・経済的状況・将来性など本フェローシップの必要性と成長を期待する理由などについても含めていただきますようお願いいたします。）*  上記の通り推薦いたします。  　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大学院医学研究科    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |