附件1

**笹川医学奖学金项目推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | | 项目编号 |  |
| 姓　　名 |  | 性 别 | | |  | | 年　　龄 |  |
| 出生日期 |  | 出生地 | | |  | | 英语或  日语水平 |  |
| 工作单位 |  | | | | | | 职务职称 |  |
| 联系电话 |  | | 手机 | | |  | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | |
| 项目起止  时间 | 年　　月　　日至　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 任务通知书发往单位 |  | | | | | | | |
| 工作简历 | | | | | | | | |
| 所在单位意见：  年 　 月 　 日(公章) | | | | 主管部门意见：  年 　 月 　 日(公章) | | | | |

注:任务通知书发往单位均为申请人的工作单位。