別紙様式

平成 30 年度ぜん息患者教育スタッフ養成研修推薦書（地方公共団体用）

参加希望日	□ 全日程　□ 12 月 12 日のみ　□ 12 月 13 日のみ

ふりがな			性別	年齢
氏名			男・女	
勤務先	名称			
	部課係名			
	職種			
	所在地	（〒　－　） 最寄駅（　線　駅）		
	連絡先	TEL　FAX		
公害健康被害予防事業経験年数		年　ヶ月	役職名	
公害健康被害予防事業研修の受講経験について（研修名・回数等）				
推薦理由				

研修生への資料送付先

送付先住所	〒
宛名	

担当部局長への決定通知書送付先

勤務先名	
送付先住所	〒
宛名	

上記の者を受講させたいので推薦します。

平成　年　月　日

都府県、特別区又は市公害健康被害予防事業

担当主管部（局）長　印

独立行政法人環境再生保全機構
予防事業部長　殿