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（医療機関用）

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				
	職種		役職		
	所在地	（〒　－　） 最寄駅（　線　駅）			
	連絡先	TEL	FAX		
臨床経験年数		年　ヶ月	ぜん息患者指導年数	年　ヶ月	
推薦理由					

研修生への研修資料送付先

送付先住所	〒
宛名	

受講決定通知書送付先

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。

【推薦者】
下記のいずれかにチェックを入れて下さい。
□ ①（一社）日本アレルギー学会専門医（登録番号 第　　号）.
□ ②所属長 ※大阪府に所在する医療機関（小児科標榜）のみ推薦可

平成　　年　　月　　日

所 属

氏名　　印

独立行政法人環境再生保全機構
予防事業部長　殿