別紙様式

平成 29 年度 「呼吸ケア・リハビリテーションスタッフ養成研修」推薦書
（地方公共団体用）

参加希望日	□ 全日程　□ 11 月 7 日のみ　□ 11 月 8 日のみ

1．研修生として推薦を受ける者

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	（〒　　ー　　） 最寄駅（　　線　　駅）		
	連 絡 先	TEL FAX　　e-mail		
公害健康被害予防事業経験年数		年　　ヶ月	役職名	
推 薦 理 由				

2．受講決定通知等の受付事務担当者（1と同じ場合は「同上」と記入してください。）

ふ り が な		
氏　　名		
勤務先	名　　称	
	部 課 係 名	
	所 在 地	（〒　　ー　　）
	連 絡 先	TEL FAX　　e-mail

上記の者を受講させたいので推薦いたします。

平成　　年　　月　　日

都府県、市又は特別区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