

「平成 26 年度 呼吸リハビリテーションスタッフ養成研修」推薦書
(医療機関用)

参加希望日	<input type="checkbox"/> 全日程 <input type="checkbox"/> 11月20日のみ <input type="checkbox"/> 11月21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	名称				
	科名				
務	職種		役職		
	所在地	(〒 -)			
		最寄駅(線 駅)			
先	連絡先	TEL	e-mail		
		FAX			
臨床経験年数		年 ヶ月	COPD 指導年数	年 ヶ月	
推薦理由					

2. 受講決定通知書・研修資料等送付先(1と同じ場合は「同上」と記入してください。)

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

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