別紙様式

「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
（地方公共団体用）

参加希望日	□ 全日程　　□ 11 月 20 日のみ　　□ 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