

平成 26 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 | <input type="checkbox"/> 全日程 | <input type="checkbox"/> 12月11日のみ | <input type="checkbox"/> 12月12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 ※倉敷市、玉野市、備前市、岡山市に所在する医療機関のみ推薦可

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