

平成 26 年度ぜん息患者教育スタッフ養成研修推薦書(地方公共団体用)

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		
	部課係名		
	職種		
	所在地	(〒 - ) 最寄駅( 線 駅)	
	連絡先	TEL	FAX
公害健康被害予防事業経験年数	年 ヶ月	役職名	
公害健康被害予防事業研修の受講経験について(研修名・回数等)			
推薦理由			

研修生への資料送付先

送付先住所	〒
宛名	

担当部局長への決定通知書送付先

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。

平成 年 月 日

都府県、特別区又は市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