様式 1

平成 26 年度 コメディカルスタッフ実地研修推薦書（医療機関用）

ふ り が な				性 別	年 齢
氏 名				男 ・ 女	
勤務先	名 称				
	職 種		役 職		
	所 在 地	（〒 ー ） 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・指導医（登録番号 第 号）.
☐ ②所属長 ※名古屋市、東海市、四日市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