

★ 第 号

★平成29年 月 日

# 平成29年度 障害児・者にかかわる学校教職員等研修会 研修生 推薦書

〔推薦者〕所属名称★

所属長名★

印

(担当者名★:

Tel

)

下記のとおり、研修生を推薦します。

所属課★	氏 名★	職 種★	第1回 8/21(月)	第2回 8/22(火)	第3回 8/23(水)
			★	★	★
			判定	判定	判定
			★	★	★
			判定	判定	判定
			★	★	★
			判定	判定	判定

\* 太枠線内は記入しないこと

## 実 施 結 果 通 知 書

〔推薦者〕所属名称★

所属長名★

殿

心身セ発第

号

平成 29 年 月 日

東京都立心身障害者口腔保健センター所長  
(公印省略)

### 1 推薦手続き等

- (1)所属長の推薦する職員を研修生とし、改めて研修生の決定通知はしません。
- (2)研修終了後、実施結果通知書にて研修結果を報告します。

### 2 記入上の注意

- (1)推薦書の「判定」欄には記入しないでください。
- (2)★印の箇所は全て記入してください。
- (3)所属名称、所属長名は「推薦書」および「結果通知書」の両方に記入してください。(★印の箇所)