

## 研 修 生 推 薦 書

〔推薦者〕所属名称★

所属長職・氏名★



(担当者職・氏名★:

TEL

)

下記のとおり、研修生を推薦します。

研修名★	2019年度 第 回				研修会	
研修日★	20 年 月 日 ( ) ※1日につき1枚ご使用ください。					
所属課★	氏名★	職種★	性別★	年齢★	判定	備考
			男・女	歳		
			男・女	歳		
			男・女	歳		
			男・女	歳		
			男・女	歳		

\* 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★

所属長職・氏名★

殿

心身セ発第

号

20 年 月 日

東京都立心身障害者口腔保健センター所長

### 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行いません。
- (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。
- (3) 個別研修会の推薦書につきましては、研修担当事務までご連絡ください。(TEL:03-3235-1141)

### 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)
- (4) 推薦書は1日単位でご記入ください。(3日間の研修→3枚)