

# 研修生推薦書

〔推薦者〕所属名称★

所属長名★



(担当者名★:

Tel

)

下記のとおり、研修生を推薦します。

研修名★	平成29年度 第 回					研修会	
研修日★	平成 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★

所属長名★

殿

心身セ発第

号

平成 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。
- (3)個別研修会の推薦書につきましては、研修担当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)