様式１

学校保健功労者（個人）表彰推薦書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 功労者職名 | 功労者氏名（フリガナ） | 所　属（担当）　校　名 |
| 該当に〇印 | 学校医学校歯科医学校薬剤師校長副校長教頭保健主事養護教諭その他（　　　　　） | （　　　　　　　　　　　　　） |  |
| （生年月日）　　　　年　　　月　　　日生満　　　歳（令和　年3月31日現在） | 住所（自宅or勤務先）電話（　　　　）　　　－ |
| 推薦の理由 |  |
| 在職勤務年数（通算） | 　　　　　　年　　　　　月　　　　（令和7年3月31日現在） |
| 学校保健に関する経歴・実績を具体的に記入する |  |
| 備　考 |  |

　上記のとおり推薦します。

　なお、被推薦者は、過去において本表彰を受けておりません。

　　令和　　　年　　　月　　　日

　静岡県学校保健会会長　様

　（地区名）　　　　　　　学校保健会

　　会長　　　　　　　　　　　　　印