様式２

学校保健功労者（団体）表彰推薦書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名　（フリガナ） | | | 所属校名　※所属校が無い場合は記入不要 |
| 代表者 職・氏名　（フリガナ） | | | 住所 |
| 電話（　　　）　　　　－　　　　　　　　　　　FAX（　　　　）　　　　　－ | | | |
| 推薦の理由 |  | | |
| 実績年数（通算） | | 年　　　　月　　（令和　年3月31日現在） | |
| 学校保健に関する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、被推薦団体は、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