（様式３）　　　　　　　　　　　　　大臣表彰推薦調書（職域功績団体）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被推薦団体名（ふりがな） | | | | 代表者役職氏名（ふりがな） | | | |
| 所在地（ふりがな）  　　　　　　　　　　　　　電 話 | | | | | | 都道府県名（政令市、特別区) | |
| 管轄保健所名 | |
| 推 薦 事 項 | | 健康経営認定又は表彰歴　有・無 | | | | | |
|  | | 年 月 | | | 主 体 | | 名称 |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
| 推 薦 事 業　継 続 年 数  年 か月  ( 年 月 ～ 年 月） | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| 経 歴 | | | | | | | |
| 期 間 | 年 数 | | 歯科保健事業の主な内容 | | | | |
| 年 月～ 年 月 | 年 か月 | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| 業 績 の 概 要 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　<照会先>

注）①健康経営認定又は表彰についてはその有無と内容を　　担当部(局)名:

明確に記載すること 　　　　　　　　　　 　　　　担当者氏名:

　②被推薦団体が表彰される際には、広報等に団体名が　　電話：

公表される可能性があることについて同意を得ておく　FAX：

こと 　　 　　　　 　　e-mail：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推薦事業以外の事業概要 | | | | | | | |  |
| 事　業　項　目 | | 方　　法　　又　　は　　内　　容 | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| 基礎資料 | | | | | | | |
| 企業概要 | | | | 職域の歯科保健衛生の特徴 | | | 歯科保健事業の  対象人口 |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
| その他の事項 | | | | | | | |
| 財政状況 | | | | | | 将来における事業計画 | |
| 資産 | | | 負債 | | |  | |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 提出した参考資料リスト | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |

　　添付書類　　１）　その他団体の業績の参考となる資料