（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