

一般社団法人  
山形県医薬品登録販売者協会長 殿

山形県健康福祉部長



平成29年度保健衛生関係功労者山形県知事表彰受賞者の決定  
及び表彰式の案内について

本県の保健衛生行政の推進につきましては、日頃から格別の御支援をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、貴殿から推薦のありました草苺美代子氏に対する標記の表彰が決定しましたので、お知らせします。

また、表彰式を下記のとおり行いますので、受賞者に対し貴殿より御連絡いただくとともに、その出欠について、別紙により11月6日（月）まで電子メール又はファクシミリによりお知らせくださるようお願いいたします。

記

- |   |       |  |
|---|-------|--|
| 1 | 期 日   | 平成29年11月28日（火）   |
| 2 | 日 程   | 10時00分 受付開始<br>10時30分 事前説明<br>11時15分 表彰式（記念撮影を含め45分程度） |
| 3 | 場 所   | 山形県庁10階「1001会議室」<br>（山形市松波2丁目8番1号）                     |
| 4 | 伝 達 者 | 知 事  |

山形県 健康福祉部 健康福祉企画課  
薬務・感染症対策室 本間  
電話 023-630-2333/FAX 023-625-4294

平成 29 年度保健衛生関係功労者山形県知事表彰式出欠報告書

FAX 送付先 023-625-4294

山形県健康福祉部

健康福祉企画課 庶務係 山岸あて

(E-Mail:yamagishito@pref.yamagata.jp)

推薦団体名： \_\_\_\_\_

【個人】

受賞者の氏名 (ふりがなを明記) (注1)	出 欠 (注2)		本人欠席で代理人出席の場合		備 考		
	出席	欠席	代理人の氏名 (ふりがなを明記)	受賞者 との関係	車椅子 の有無	介助者 の人数	付添者 の人数

※記載欄が足りない場合は、別紙又は適宜欄を追加し記載願います。

【団体】

受章団体名 (ふりがなを明記) (注1)	出 欠 (注2)		出席者の役職及び氏名 (氏名にはふりがなを明記)	備 考		
	出席	欠席		車椅子 の有無	介助者 の人数	付添者 の人数

(注1) この欄に記載の表記により表彰状の名称表記を確認しますので、正しい表記を記入してください。

(注2) 出欠については、いずれかに○印を記入してください。