

(表彰の目的)

第 1 条 学校歯科保健の普及と向上を図るため、学校歯科保健に関して顕著な功績があった個人および団体を表彰することにより、学校歯科保健に関する積極的な活動を促し、児童・生徒の口腔のみならず心身の健全なる成長に寄与することを目的とする。

(表彰の対象)

第 2 条 学校歯科保健に関し、東京都内における顕著な功績のあった個人および団体を表彰する。

- 2 「個人」とは、学校教職員、保護者、歯科衛生士、その他児童・生徒の学校歯科保健に関与する者をいう。
- 3 「団体」とは、国公私立の幼稚園、保育園、認定こども園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、PTA、その他児童・生徒の学校歯科保健に関与する団体をいう。
- 4 被表彰者は 1 団体につき 1 件までとする。

(推薦基準)

第 3 条 被表彰候補者の推薦基準は、学校歯科保健に関して、啓発・普及・向上に顕著な功績のあった個人および団体とする。



(候補者の推薦)

第 4 条 被表彰候補者の推薦は、学校歯科医が行う。

- 2 前項の推薦は学校歯科医 1 人につき 1 件とする。

(候補者の選定)

第 5 条 被表彰候補者の選定は、理事者より若干名の東京都学校歯科医会学校歯科保健功労者表彰選考委員会委員を選出し、選考委員会の議を経て、理事会において行う。

(表彰の方法)

第 6 条 表彰の方法は表彰状の授与ならびに記念品の贈呈とし、理事会の議決を経て会長がこれを定める。

(表彰の場所)

第 7 条 表彰は本会が主催する「東京都学校歯科保健研究大会」において行う。ただし理事会の議決を経て会長は、日時および場所を変更することができる。

附則 本規則は、平成 24 年 10 月 19 日より施行する。

附則 本規則は、平成 30 年 4 月 1 日より施行する。

東京都学校歯科保健功労者表彰推薦書

公益社団法人 東京都学校歯科医会

会長 殿

令和 年 月 日

推薦者 所属地区 _____

学校歯科医氏名 _____ (印)

・被推薦者（団体） 役職（旧役職） _____

ふりがな
氏名（団体名） _____（ 歳）

住所（連絡先） _____

連絡先 TEL _____ - - _____

・推薦理由

上記事由により推薦いたします。

尚、履歴及び功績は東京都学校歯科保健功労者表彰推薦書【様式2】に記入。

提出期限 令和 年 月 日

提出先 公益社団法人 東京都学校歯科医会 事務局

〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-20 歯科医師会館2F

TEL3261-1675 FAX3222-6528 Mailアドレス tasd@tasd.or.jp

東京都学校歯科保健功労者表彰推薦書

・履歴及び功績（団体においては業績）

