

アルコール依存症回復施設職員研修 参加申込書（第1回目）

締め切り：平成29年8月10日(木)

送信先

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター教育情報部 行

FAX 番号：046-813-0638

メール：izon-kensyu@kurihama1.hosp.go.jp

次の者は、平成29年度アルコール依存症回復施設職員研修の受講を希望しており、適任であるので推薦します。

受講者

ふりがな：.....

氏名：_____

生年月日： 西暦 年 月 日 _____

推薦者

施設名：_____

施設長氏名：_____ (印)

住所：〒 _____

電話番号：_____

FAX 番号：_____

Eメール：_____

*** 修了証書に氏名と施設名を記載しますので、正しくお書きください**

アルコール依存症回復施設職員研修 参加申込書（第2回目）

締め切り：平成30年1月19日（金）

送信先

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター教育情報部 行

FAX 番号：046-813-0638

メール：izon-kensyu@kurihama1.hosp.go.jp

次の者は、平成29年度アルコール依存症回復施設職員研修の受講を希望しており、適任であるので推薦します。

受講者

ふりがな：.....

氏名：_____

生年月日： 西暦 年 月 日 _____

推薦者

施設名：_____

施設長氏名：_____ (印)

住所：〒 _____

電話番号：_____

FAX 番号：_____

Eメール：_____

*** 修了証書に氏名と施設名を記載しますので、正しくお書きください**