

# 薬物依存症回復施設職員研修 参加申込書

締め切り：平成30年1月9日(火)

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年度薬物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**