

## 所属長推薦書

次の者は、アルコール依存症臨床医等研修の受講者として適任であるので推薦いたします。

平成 年 月

〒  
住 所  
電話番号  
施設名  
所属長名

⑩

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部長 殿

(ふりがな)		
氏 名	※	
生 年 月 日	年 月 日生 ( 歳)	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
勤 務 先 名 称	※	
受講コース 及び日程 (いずれかの 【】内に○)	【 <input type="checkbox"/> 】 医師 (基礎)	7/18～7/21
	【 <input type="checkbox"/> 】 医師 (専門)	今回はありません
	↳ 受 講 歴 : 昭和・平成 年基礎コース受講 診 療 経 験 : 年 月～ 年 月	
	【 <input type="checkbox"/> 】 保 健 師	今回はありません
	【 <input type="checkbox"/> 】 作 業 療 法 士	今回はありません
	【 <input type="checkbox"/> 】 看 護 師	6/12～6/16
	【 <input type="checkbox"/> 】 精神保健福祉士等	5/22～5/26
	↳ (職種 )	
	【 <input type="checkbox"/> 】 臨床心理技術者	今回はありません
↳ (職種 )		
宿泊・通所の別	<input type="checkbox"/> 研修棟宿泊希望 <input type="checkbox"/> 通所 (自身で手配)	

(注1) 修了証書の氏名、施設名は※印の欄に記載された名称のとおり作成されます。

(注2) 研修棟宿泊希望が多数の場合は抽選にて決定いたします。

## 所属長推薦書

次の者は、アルコール依存症臨床医等研修の受講者として適任であるので推薦いたします。

平成 年 月

〒  
住 所  
電話番号  
施設名  
所属長名

⑩

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部長 殿

(ふりがな)		
氏名	※	
生年月日	年 月 日生 ( 歳)	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
勤務先名称	※	
受講コース 及び日程 (いずれかの 【】内に○)	<input type="checkbox"/> 医師 (基礎)	10/10～10/13
	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 (専門)	今回はありません
	↳ 受講歴：昭和・平成 年基礎コース受講 診療経験： 年 月～ 年 月	
	<input type="checkbox"/> 保健師	11/27～11/30
	<input type="checkbox"/> 作業療法士	10/17～10/20
	<input type="checkbox"/> 看護師	11/13～11/17
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士等	9/25～9/29
	↳ (職種 )	
	<input type="checkbox"/> 臨床心理技術者	10/30～11/2
↳ (職種 )		
宿泊・通所の別	<input type="checkbox"/> 研修棟宿泊希望 <input type="checkbox"/> 通所 (自身で手配)	

(注1) 修了証書の氏名、施設名は※印の欄に記載された名称のとおり作成されます。

(注2) 研修棟宿泊希望が多数の場合は抽選にて決定いたします。