

アルコール依存症回復施設職員研修 参加申込書

締め切り：令和2年1月6日(月)

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：contact@ncasa-japan.org

次の者は、令和元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**