

# 薬物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14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：contact@ncasa-japan.org

次の者は、令和元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**