

# ギャンブル等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24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：contact@ncasa-japan.org

次の者は、令和元年度ギャンブル等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**