

# 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：平成31年1月25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、平成30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。
- \* 受講決定通知書はFAX又はメールで送信します。

申込記入欄は正確にお書きください