

## 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。

令和2年 月 日

〒  
住 所  
電話番号  
施設名  
所属長名

㊞

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 <input type="checkbox"/> 無回答	
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)	1/12～2/26
	【 <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	11/9～11/13
	【 <input type="checkbox"/> 】 精神保健福祉士等	1/12～3/4
	↳ (職種 )	
	【 <input type="checkbox"/> 】 臨床心理技術者	12/14～12/18
↳ (職種 )		

(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。