

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：izon-kensyu@kurihama1.hosp.go.jp

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