

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