令和8年度　全国依存症等関係者研修　受講希望票

ブルーのセルに必要事項を入力してください。

【決定通知送付先】

	自治体申込担当者(入力情報問合せ先)	入力例
都道府県・指定都市 ドロップダウンから選択		横浜市
氏　　名		田中　太郎
フリガナ		タナカ　タロウ
施設名		独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター
課室グループ名等		管理課
郵便番号		239-0841
住　　所		横須賀市野比5-3-1
電話番号		046-848-1550
メ ー ル		220-kanri1@mail.hosp.go.jp

※　受講希望票の原本にて申込アップロードをしてください。(独自で改修されたエクセルは読込みができず受付不可)
※　メールアドレスは必ずご記入下さい。携帯電話用メール不可(ブロック機能で研修案内メールを受信しない可能性があるため)。同研修にて同メールアドレスは不可。無駄スペースや大文字小文字に注意。
※　職種は医師(精神科・精神科以外)、看護師、心理士(心理職全般)、精神保健福祉士(社会福祉士も含む)、保健師、作業療法士、回復施設職員、事務、その他、を記載願います。

依存症治療指導者養成研修　／　依存症相談対応指導者養成研修

アルコール依存症研修【治療指導者】

研修コース	優先順位	氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します	フリガナ（半角）	性 別 （選択）	所属施設名	勤務先 郵便番号 （半角）	都道府県・指定都市 （選択）	勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。	勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は備考欄へ	職 種 （選択）	左の職種欄を 「その他」にした場合 職種を入力	メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可	備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま
		姓名の間は 全角スペース入力	姓名の間は 半角スペース入力			数字と ハイフンのみ		テキスト等の送付先になります。 「同上」の入力禁止。 大学病院の方は分野・教室名も入力	数字と ハイフンのみ			携帯用メール不可/誤入力の場合、 研修案内が届きません	
入力例		山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp	
【A-01C】アルコール依存症研修（治療指導者養成研修） オンライン：令和９年１月１５日（金） オンデマンド：令和８年１２月　日～　月　日	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												

	10												

アルコール依存症研修【相談対応指導者】

		姓名の間は 全角スペース入力	姓名の間は 半角スペース入力			数字と ハイフンのみ		テキスト等の送付先になります。 「同上」の入力禁止。 大学病院の方は分野・教室名も入力	数字と ハイフンのみ			携帯用メール不可/誤入力の場合、 研修案内が届きません	
入力例		山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp	
研修コース	**優先順位**	**氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します**	**フリガナ（半角）**	**性 別 （選択）**	**所属施設名**	**勤務先 郵便番号 （半角）**	**都道府県・指定都市 （選択）**	**勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。**	**勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は 備考欄へ**	**職 種 （選択）**	**左の職種欄を 「その他」にした場合 職種を入力**	**メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可**	**備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま**
【A-01S】アルコール依存症研修（相談対応指導者養成研修） オンライン：令和９年１月１５日（金） オンデマンド：令和８年１２月　日～　月　日	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

薬物依存症研修【治療指導者】

		姓名の間は 全角スペース入力	姓名の間は 半角スペース入力			数字と ハイフンのみ		テキスト等の送付先になります。 「同上」の入力禁止。 大学病院の方は分野・教室名も入力	数字と ハイフンのみ			携帯用メール不可/誤入力の場合、 研修案内が届きません	
入力例		山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp	
研修コース	**優先順位**	**氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します**	**フリガナ（半角）**	**性 別 （選択）**	**所属施設名**	**勤務先 郵便番号 （半角）**	**都道府県・指定都市 （選択）**	**勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。**	**勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は 備考欄へ**	**職 種 （選択）**	**左の職種欄を 「その他」にした場合 職種を入力**	**メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可**	**備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま**
【Y-01C】薬物依存症研修（治療指導者養成研修） 令和８年７月7日（火）～７月8日（水）	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

薬物依存症研修【相談対応指導者】

姓名の間は全角スペース入力　姓名の間は半角スペース入力　数字とハイフンのみ　テキスト等の送付先になります。「同上」の入力禁止。大学病院の方は分野・教室名も入力　数字とハイフンのみ　携帯用メール不可/誤入力の場合、研修案内が届きません

入力例	山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp

研修コース	優先順位	氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します	フリガナ（半角）	性 別 （選択）	所属施設名	勤務先 郵便番号 （半角）	都道府県・指定都市 （選択）	勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。	勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は備考欄へ	職 種 （選択）	左の職種欄を「その他」にした場合職種を入力	メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可	備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま
【Y-01S】薬物依存症研修（相談対応指導者養成研修） 令和８年７月7日（火）～７月8日（水）	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

ギャンブル等依存症研修【治療指導者】

姓名の間は全角スペース入力　姓名の間は半角スペース入力　数字とハイフンのみ　テキスト等の送付先になります。「同上」の入力禁止。大学病院の方は分野・教室名も入力　数字とハイフンのみ　携帯用メール不可/誤入力の場合、研修案内が届きません

入力例	山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp

研修コース	優先順位	氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します	フリガナ（半角）	性 別 （選択）	所属施設名	勤務先 郵便番号 （半角）	都道府県・指定都市 （選択）	勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。	勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は備考欄へ	職 種 （選択）	左の職種欄を「その他」にした場合職種を入力	メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可	備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま
【G-01C】ギャンブル等依存症研修（治療指導者養成研修） 令和９年１月２１日（木）～１月２２日（金）	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

ギャンブル等依存症研修【相談対応指導者】

	姓名の間は 全角スペース入力	姓名の間は 半角スペース入力			数字と ハイフンのみ		テキスト等の送付先になります。 「同上」の入力禁止。 大学病院の方は分野・教室名も入力	数字と ハイフンのみ			携帯用メール不可/誤入力の場合、 研修案内が届きません
入力例	山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp

研修コース	優先順位	氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します	フリガナ（半角）	性 別 （選択）	所属施設名	勤務先 郵便番号 （半角）	都道府県・指定都市 （選択）	勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。	勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は備考欄へ	職 種 （選択）	左の職種欄を 「その他」にした場合 職種を入力	メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可	備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま
【G-01S】ギャンブル等依存症研修（相談対応指導者養成研修） 令和９年１月２１日（木）～１月２２日（金）	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

ゲーム依存研修【治療指導者】

	姓名の間は 全角スペース入力	姓名の間は 半角スペース入力			数字と ハイフンのみ		テキスト等の送付先になります。 「同上」の入力禁止。 大学病院の方は分野・教室名も入力	数字と ハイフンのみ			携帯用メール不可/誤入力の場合、 研修案内が届きません
入力例	山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp

研修コース	優先順位	氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します	フリガナ（半角）	性 別 （選択）	所属施設名	勤務先 郵便番号 （半角）	都道府県・指定都市 （選択）	勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。	勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は備考欄へ	職 種 （選択）	左の職種欄を 「その他」にした場合 職種を入力	メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可	備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま
【N-01C】ゲーム依存研修（治療指導者養成研修） （第１回）令和８年１０月１日（木）～１０月２日（金）	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

ゲーム依存研修【相談対応指導者】

	姓名の間は 全角スペース入力	姓名の間は 半角スペース入力			数字と ハイフンのみ		テキスト等の送付先になります。 「同上」の入力禁止。 大学病院の方は分野・教室名も入力	数字と ハイフンのみ			携帯用メール不可/誤入力の場合、 研修案内が届きません
入力例	山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp

研修コース	優先順位	氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します	フリガナ（半角）	性 別 （選択）	所属施設名	勤務先 郵便番号 （半角）	都道府県・指定都市 （選択）	勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。	勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は 備考欄へ	職 種 （選択）	左の職種欄を 「その他」にした場合 職種を入力	メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可	備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま
【N-02S】ゲーム依存研修（相談対応指導者養成研修） （第１回）令和８年１１月２６日（木）～１１月２７日(金）	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

ゲーム依存研修【治療指導者】

	姓名の間は 全角スペース入力	姓名の間は 半角スペース入力			数字と ハイフンのみ		テキスト等の送付先になります。 「同上」の入力禁止。 大学病院の方は分野・教室名も入力	数字と ハイフンのみ			携帯用メール不可/誤入力の場合、 研修案内が届きません
入力例	山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp

研修コース	優先順位	氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します	フリガナ（半角）	性 別 （選択）	所属施設名	勤務先 郵便番号 （半角）	都道府県・指定都市 （選択）	勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。	勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は 備考欄へ	職 種 （選択）	左の職種欄を 「その他」にした場合 職種を入力	メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可	備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま
【N-03C】ゲーム依存研修（治療指導者養成研修） （第２回）令和９年２月４日（木）～２月５日（金）	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

ゲーム依存研修【相談対応指導者】

	姓名の間は 全角スペース入力	姓名の間は 半角スペース入力			数字と ハイフンのみ		テキスト等の送付先になります。 「同上」の入力禁止。 大学病院の方は分野・教室名も入力	数字と ハイフンのみ			携帯用メール不可/誤入力の場合、 研修案内が届きません
入力例	山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp

研修コース	優先順位	氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します	フリガナ（半角）	性 別 （選択）	所属施設名	勤務先 郵便番号 （半角）	都道府県・指定都市 （選択）	勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。	勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は 備考欄へ	職 種 （選択）	左の職種欄を 「その他」にした場合 職種を入力	メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可	備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま
【N-04S】ゲーム依存研修（相談対応指導者養成研修） （第２回）令和９年２月２５日（水）～２月２６日(金）	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

地域生活支援指導者養成研修

アルコール依存症研修【地域生活支援指導者】

	姓名の間は 全角スペース入力	姓名の間は 半角スペース入力			数字と ハイフンのみ		テキスト等の送付先になります。 「同上」の入力禁止。 大学病院の方は分野・教室名も入力	数字と ハイフンのみ			携帯用メール不可/誤入力の場合、 研修案内が届きません
入力例	山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp

研修コース	優先順位	氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します	フリガナ（半角）	性 別 （選択）	所属施設名	勤務先 郵便番号 （半角）	都道府県・指定都市 （選択）	勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。	勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は 備考欄へ	職 種 （選択）	左の職種欄を 「その他」にした場合 職種を入力	メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可	備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま
【A-02T】アルコール依存症研修（地域生活支援指導者養成研修） 令和９年２月１５日（月）	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

薬物依存症研修【地域生活支援指導者】

姓名の間は
全角スペース入力

姓名の間は
半角スペース入力

数字と
ハイフンのみ

テキスト等の送付先になります。
「同上」の入力禁止。
大学病院の方は分野・教室名も入力

数字と
ハイフンのみ

携帯用メール不可/誤入力の場合、
研修案内が届きません

入力例		山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp	

研修コース	優先順位	氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します	フリガナ（半角）	性 別 （選択）	所属施設名	勤務先 郵便番号 （半角）	都道府県・指定都市 （選択）	勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。	勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は備考欄へ	職 種 （選択）	左の職種欄を 「その他」にした場合 職種を入力	メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可	備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま
【Y-02T】薬物依存症研修（地域生活支援指導者養成研修） 令和８年７月7日（火）	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

ギャンブル等依存症研修【地域生活支援指

姓名の間は
全角スペース入力

姓名の間は
半角スペース入力

数字と
ハイフンのみ

テキスト等の送付先になります。
「同上」の入力禁止。
大学病院の方は分野・教室名も入力

数字と
ハイフンのみ

携帯用メール不可/誤入力の場合、
研修案内が届きません

入力例		山田　花子	ﾔﾏﾀﾞ　ﾊﾅｺ	女性	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	239-0841	神奈川県	神奈川県横須賀市野比5-3-1	046-848-1550	医師(精神科)	事務職	220-kanri1@mail.hosp.go.jp	

研修コース	優先順位	氏　名（全角） ※修了証書発行時に使用・記載します	フリガナ（半角）	性 別 （選択）	所属施設名	勤務先 郵便番号 （半角）	都道府県・指定都市 （選択）	勤務先住所 （都道府県から全て入力） 郵送の宛名印字に使用します。	勤務先電話番号（半角） ※内線を記入したい方は備考欄へ	職 種 （選択）	左の職種欄を 「その他」にした場合 職種を入力	メールアドレス※（空欄不可） 同研修にて複数名同メールは不可	備考欄 ※ 特にない場合は空欄のまま
【G-02T】ギャンブル等依存症研修（地域生活支援指導者養成研修） 令和８年１１月１９日（木）	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												