

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 8 年 月 日
 〒
 住 所
 電話番号
 施設名
 所属長名

| | |
|---------|--|
| (ふりがな) | |
| 氏 名 | ※ |
| メールアドレス | ※同コースで同じアドレスの複数人使用は不可 |
| 生 年 月 日 | 年 月 日生 (歳) ※西暦で入力 |
| 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 無回答 |
| 勤務先名称 | ※ |

| | | |
|--|-------------|----------------|
| 【 <input type="checkbox"/> 】 医師 (基礎) | 9/14～10/28 | 対面 10/29 |
| * 人数調整で対面研修日を変更していただく事があります。 対面研修日変更可能な方はこちらにも○をお願いします。【 <input type="checkbox"/> 】 | | |
| 【 <input type="checkbox"/> 】 医師 (基礎) | 9/14～10/28 | 対面 2/18 |
| * 人数調整で対面研修日を変更していただく事があります。 対面研修日変更可能な方はこちらにも○をお願いします。【 <input type="checkbox"/> 】 | | |
| 【 <input type="checkbox"/> 】 作業療法士 | 12/7～12/9 | 対面 12/17～12/18 |
| ↳ (作業療法士経験年数 年・アルコール依存症臨床経験年数 年) | | |
| ○ 研修棟宿泊を希望する方は○をお願いします。【 <input type="checkbox"/> 】 | | |
| 【 <input type="checkbox"/> 】 看護師 | 対面8/24～8/28 | |
| ○ 研修棟宿泊を希望する方は○をお願いします。【 <input type="checkbox"/> 】 | | |
| 【 <input type="checkbox"/> 】 精神保健福祉士 | 7/13～7/16 | |
| 【 <input type="checkbox"/> 】 公認心理師 | 6/1～6/3 | 対面 6/5 |
| 職種：公認心理師【 <input type="checkbox"/> 】 臨床心理士【 <input type="checkbox"/> 】 その他【 <input type="checkbox"/> 】 | | |

(注1) 修了証書の氏名、施設名は※印の欄に記載された名称とお作り作成します。

(注2) 看護師コース、作業療法士コースの方、宿泊先はご自身で手配をお願いします。