

## 受講願書(摂食障害研修)

平成 年 月 日

国立研究開発法人

国立国際医療研究センター国府台病院長 殿

フリガナ 受講者氏名	
勤務先(名称)	
勤務先(住所)	〒
勤務先(電話等)	TEL FAX
職 種	
現在の勤務部署名	
病棟・病院の摂食 障害患者数	
見学希望 選択肢に○をつける	外来 ・ 摂食障害教室「ひまわり」 (心理士の会体験)
懇親会の参加 選択肢に○をつける	参加する ・ 参加しない (2月1日 17:30~)
志望動機	
摂食障害患者の 経験について	例)・外来で何人程度診察している。 ・病棟に何例入院していた。 ・まだ関わったことがない など

(送付・照会先)

国立国際医療研究センター国府台病院  
 事務部 管理課 芹澤  
 TEL 047-375-4705 (直通)  
 FAX 047-372-1858 (代表)