

受講推薦書（摂食障害研修）

令和 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

推薦者氏名 _____ 印

推薦者の職 _____

所属施設の代表番号 _____

下記のものを摂食障害研修受講候補者として推薦します。

受講者氏名	
受講者の 現職・勤務先名 など	
推薦理由	

(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 庶務係 横山

TEL 047-375-4705 (直通)

FAX 047-372-1858 (代表)