（別紙2）

受講推薦書（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

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　吉野

　　　　　　TEL　047-375-4742（直通）

　　　　　　FAX　047-372-1858（代表）