思春期精神保健対策医療従事者研修応用コース
研修名簿作成・配布同意書及び受講推薦書

令和　　年　　月　　日

受講するにあたり名簿作成・配布に同意します。□

受講者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

受　講　推　薦　書

上記の者を貴院の厚生労働省 令和５年度こころの健康づくり対策事業「思春期精神保健対策医療従事者研修応用コース」受講生として推薦いたします。また研修会で症例を発表する際には、当施設での個人情報保護の規定に沿って行うことを約束します。

令和　　年　　月　　日

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者(所属長)氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

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