

平成29年度 全国依存症等関係者研修 受講者申込書

所属名 _____

ご担当者名 _____

e-mail address _____

研修コース	優先順位	氏 名	フリガナ	性 別	所属施設名	職 種
依存症治療指導者 (専門医療機関等 医療従事者) 2/28～3/2						
依存症相談対応指導者 (精神保健福祉センター 職員) 2/28～3/2						
地域生活指導者 3/2	1					
	2					
	3					
	4					