

児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修応用コース
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7年度こころの健康づくり対策事業「児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修応用コース」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

国立健康危機管理研究機構
国立国府台医療センター 院長 殿