

令和6年度 全国依存症等関係者研修（薬物依存症） 受講希望票

この受講希望票は新潟市への提出用です。※申込期限:5月21日(火)
 ご記入後、新潟市こころの健康センターへ提出下さい。久里浜医療センター(依存症
 対策全国センター)へ直接の申込みはできません。

施設名 _____

代表者名 _____

代表者ご連絡先 _____

研修コース（対象、日程）	優先順位	氏名	フリガナ	性別 <small>(記入不可)</small>	所属施設名/住所※	電話番号	職 種※	メールアドレス※
依存症治療指導者 (専門医療機関等医療従事者) 令和6年7月9日(火) ~ 令和6年7月10日(水)	1				〒 _____			
	2				〒 _____			
	3				〒 _____			
依存症相談対応指導者 (精神保健福祉センター等職員) 令和6年7月9日(火) ~ 令和6年7月10日(水)	1				〒 _____			
	2				〒 _____			
	3				〒 _____			
地域生活支援指導者 (障害福祉サービス事業者、相談支 援事業者等) 令和6年7月9日(火)	1				〒 _____			
	2				〒 _____			
	3				〒 _____			

※ メールアドレスは必ずご記入下さい。

※ テキスト事前送付予定の為、所属施設の郵送先も併せてご記入下さい。

※ 職種は医師(精神科)、医師(精神科以外)、看護師、心理士(心理職全般)、精神保健福祉士、社会福祉士、保健師、作業療法士、精神保健福祉相談員、その他を記載願います。