

令和6年度 依存症治療指導者/相談対応指導者養成研修（ゲーム依存） 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 (無回答可)	所属施設名/住所※	電話番号	職 種※	メールアドレス※
第1回 依存症治療指導者 (専門医療機関等医療従事者) 令和6年10月3日 (木) ~ 令和6年10月4日 (金)	1				〒 _____			
	2				〒 _____			
	3				〒 _____			
第2回 依存症治療指導者 (専門医療機関等医療従事者) 令和7年2月6日 (木) ~ 令和7年2月7日 (金)	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11月28日 (木) ~ 令和6年11月29日 (金)	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。