**令和６年度**

**岡山県アルコール健康障害サポート医養成研修**

**申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| eラーニング受講状況  （令和６年６月５日現在） | **□**　受講済　　 　　**□** 未受講 | | |
| 参加講義（対面研修） | ※参加する回にチェックを付けてください  **□**第１回　　７月２７日（土）ピュアリティまきび    **□**　第２回　　１２月１４日（土）岡山赤十字病院 | | |
| 勤務先施設名 |  | | |
| 郵便番号・勤務先住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  | | |
| 診療科（主なもの１つ） | □ 内科　　 □ 精神科　 □ 神経科　　□ 神経内科  □ 呼吸器科　□ 胃腸科　□ 消化器科　□ 循環器科　□ 小児科　　□ 外科　　□ 心療内科　 □ 救急科  □ その他（　　　　　　　） | | |

送付先：岡山県保健医療部健康推進課　精神保健福祉班

FAX：086-225-7283