**提出先 岡山県　保健医療部　健康推進課　精神保健福祉班**

**ＦＡＸ：０８６－２２５－７２８３**

**メール：kensui@pref.okayama.lg.jp**

別記様式第１号（第４条第１項関係）

**同　　意　　書**

　私は、岡山県アルコール健康障害サポート医（岡山県アルコール健康障害サポート医養成事業実施要綱第３条に規定する研修修了者）として、氏名、勤務先名、診療科名、勤務先住所、所属連絡先を岡山県ホームページにおいて公表することに同意します。

　岡山県知事　様

　　令和　　年　　月　　日

氏　　　名

勤　務　先

診　療　科

勤務先住所

所属連絡先

メールアドレス（※）

*※メールアドレスは公表しません。*

*研修情報等の提供にのみ利用します。*