

年 月 日

国立病院機構下総精神医療センター
院長 女 屋 光 基 殿

研 修 生 推 薦 書

〔推薦者〕
所属名称 _____

住 所 _____

所属長名 _____ 印

実地研修に於いて知り得た患者様等の個人情報、第三者に漏洩、無断で使用することは無いことを保証し、下記の者を研修生に推薦します。

研修生氏名	
推 薦 理 由	
活 用 計 画	実務において、貴施設が条件反射制御法をどのように用いる計画があるかをご記入ください。
条件反射制御法の利用について	貴施設での実務に条件反射制御法をすでに利用されている場合、実績をご記入ください。 ① 利用している： 年 月頃から ・ まだ利用していない ② 過去1年間のおおよその対象者数：外来 人 ・ 入院 人 ③ 対象としている疾病：
※事務局使用欄	2023年度条件反射制御法実地研修 第 回 研修日： 年 月 日 ～ 年 月 日