

平成 年 月 日

国立病院機構下総精神医療センター
院長 野 島 照 雄 殿

研 修 生 推 薦 書

[推薦者]

所属名称 _____

住 所 _____

所属長名 _____ ㊟

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	
研 修 名	平成25年度条件反射制御法実地研修 第 回
研 修 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
推 薦 理 由	