**年　　月　　日**

国立研究開発法人

国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所長　様

**推　薦　書**

被推薦者氏名

（受講推薦理由）

上記の者を貴所の〇〇〇年度　第　　　回　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修　受講生として推薦いたします。

所在地

施設名

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

国立研究開発法人

国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所所長　様

私は、第19回摂食障害治療研修への参加にあたり、

以下の6つの事項を遵守することを誓約いたします。

(すべての□に✓を入れてください)

□　1. 摂食障害患者様とそのご家族に関する講義および質疑応答の内容が、  
守秘義務の対象であることを理解し、また同僚、知人、家族、不特定の他者を含め、  
いかなる相手に対しても、またいかなる形や媒体によっても、伝えません。

□　2. 講義の内容を無断で撮影、録音等、記録媒体に複写いたしません。

□　3. 配布資料は、職場内の勉強会以外の講演会、研修会、論文書籍等に  
発表、公開、漏洩、利用いたしません。

□　4. 講義の内容および配布資料をSNS、ブログ、Facebook、Twitter等の  
インターネット上へ掲載いたしません。

□　5. Zoomのリンクを他の人と共有しません。

□　6. 本誓約に期限がないことを承知しており、

　　 本研修会参加後も無期限にこの誓約を遵守いたします。

令和 年 月 日

所属

職名

職種（主たる資格をひとつお書きください）

氏名（自署）