

(様式 I)

「栄養サポートチーム専門療法士」臨床実地修練 研修受講申請書

西暦 年 月 日

杏林大学医学部付属病院

病院長 近藤 晴彦 殿

NST 委員長 大浦 紀彦 殿

〒

住 所

施設名

施設長

印

日本栄養治療学会「栄養サポートチーム専門療法士」認定規則に従い、NST 専門療法士認定試験を受験するために、貴院において下記の者の修練を申請いたします。

フリガナ

- 申請者名： \_\_\_\_\_ ( 男・女 )
- 取得免許： 管理栄養士 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ 臨床検査技師 ・ 言語聴覚士  
理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 歯科衛生士 ・ 診療放射線技師  
その他 \_\_\_\_\_
- 臨床経験： ( \_\_\_\_\_ ) 年
- 修練期間： 2024 年 10 月 9 日 (水) ～ 2024 年 10 月 31 日 (木)： 計 6 日間 40 時間
- 連絡先： ※受講決定や研修時の変更等の連絡をさせていただきます。速やかに確認の取れる連絡先のメールアドレス・電話番号のご記入をお願いいたします。

(住 所)

(電話番号)

(メールアドレス)

受付年月日： 年 月 日