**（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 |

一般社団法人　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・　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 | | | |
| * 修練期間：　2025年10月8日（水）～　2025年10月23日（木）：　**計　６日間　40時間** | | | |
|  | | | |
| * 連絡先：　※受講決定通知や資料送付などに使用させていただきます。速やかに確認の取れるご連絡先   のご記入をお願い申し上げます。  （郵送物の受取りに差し支えなければ、勤務先住所でも構いません） | | | |
| （住　所） |  | |
| （電話番号） |  | |
| （メールアドレス） |  | |

受付年月日：　　　　年　　　月　　日