

(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

杏林大学医学部附属病院

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 _____
- 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