

～定員に達したため募集は終了しました～

2018年 日本静脈経腸栄養学会認定「栄養サポートチーム専門療法士」

臨床実地修練研修生募集のお知らせ

作成日時 2018年5月14日

杏林大学医学部附属病院

NST委員長 大浦紀彦

当院は、日本静脈経腸栄養学会認定教育施設です。この臨床実地修練研修を行うことによって「日本静脈経腸栄養学会認定の NST 専門療法士」の受験資格を取得することが可能となります。入院中の患者に対して良い栄養療法を提供できる NST 専門療法士になるための実践的で基本的な知識を身に付けることを目的として、研修生を下記のとおり募集いたします。

記

1. 臨床実地修練期間（期間は5日間）

- ① 10月17日（水）8:00～18:00 ② 10月23日（火）9:00～17:00
- ③ 10月24日（水）8:00～18:00 ④ 10月26日（金）9:00～18:00
- ⑤ 10月30日（火）9:00～17:00

※講師の都合により、日程・講義時間等の変更があります。

2. 募集人員 4名（定員になり次第、締め切り）

歯科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・臨床検査技師・言語聴覚士・理学療法士
・作業療法士・歯科衛生士のいずれかの国家資格取得者。

3. 申し込み手順

① 希望者は、ご自身の勤務先の所属施設長の推薦を得て、下記所定の （様式Ⅰ）「栄養サポートチーム専門療法士」臨床実地修練生申請書 に必要事項をご記入いただき、郵送でお申し込みください。電話や FAX の申し込みは一切受け付けいたしません。質問等は、下記に記載の NST 事務室研修担当者宛にメールにてご連絡くださいますようお願いいたします。

② 応募締切日は平成 30 年 6 月 20 日（水）必着

（※ただし定員になった場合、応募締切日前に終了いたします）

③ 臨床実地修練研修の受講決定通知のご連絡は、平成 30 年 6 月 29 日（金）に当院からメールにてご連絡いたします。

※すぐに連絡の取れるメールアドレスと電話番号を、（様式Ⅰ）「栄養サポートチーム専門

療法士」臨床実地修練生申請書にご記入ください。

後日、改めまして決定通知書・提出書類等を郵送いたします。

※注意事項 臨床実地修練研修の受講決定通知後、下記(a～d)の書類の提出・手続が必要となります。下記の手続きが出来ない方は受講不可となりますので、手続可能であることをご確認いただきご了承くださいの上で研修にお申し込みください。

- a. 水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎の※抗体検査を必ずおこない、当院所定の「抗体保有状況調査書」提出をお願いいたします。なお、抗体が陰性及び疑陽性または不明の方については、※臨床実地修練 4 週間前平成 30 年 9 月 19 日(水)までにワクチン接種を実施、接種日を「抗体保有状況調査書」に記載してください。以上のことが確認されない場合は、臨床実地修練研修に参加できません。
- b. 臨床実地修練研修費用は 30,000 円（税込み）です。平成 30 年 8 月 30 日(木)までに当院の指定口座へお振込みいただきます。
- c. 当院所定の用紙にて「個人情報の保護に関する誓約書」の提出をお願いいたします。
- d. 当院所定の用紙にて「病院研修受入契約書」の提出をお願いいたします。

4. 「栄養サポートチーム専門療法士」臨床実地修練生申請書の提出先

〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2

TEL 0422-47-5511（内線 2492）

杏林大学医学部附属病院 NST 事務室 研修担当者宛

5. 本件についての問い合わせ先

杏林大学医学部附属病院 NST 事務室 NST 研修担当者

(kyorin-nst@ks.kyorin-u.ac.jp)

様式 I

「栄養サポートチーム専門療法士」臨床実地修練生申請書

平成 年 月 日

杏林大学医学部附属病院
病 院 長 市村 正一 殿
NST 委員長 大浦 紀彦 殿

郵便番号
住所
施設名
施設長 印

日本静脈経腸栄養学会「栄養サポートチーム専門療養士」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)

職種 _____

免許取得

(歯科医師・管理栄養士・薬剤師・看護師・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)

取得 年 月 (臨床経験 年)

修練期間 平成 30 年 10 月 17 日 ～ 平成 30 年 10 月 30 日

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。すぐに確認のと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： 平成 年 月 日