

2023年度

日本臨床栄養代謝学会認定「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：2023年5月16日

杏林大学医学部付属病院

NST 委員長 大浦 紀彦

当院は日本臨床栄養代謝学会認定教育施設です。この臨床実地修練を受講することによって「日本臨床栄養代謝学会認定の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、より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 研修期間（5日間）

- | | |
|------------------------|------------------------|
| ① 10月6日（金） 9:00～18:30 | ② 10月11日（水） 9:00～18:30 |
| ③ 10月17日（火） 9:00～18:00 | ④ 10月20日（金） 9:00～18:30 |
| ⑤ 10月26日（木） 9:00～17:00 | |

※ 講師の都合により、日程・講義時間等の変更がある場合があります。

2. 募集人員

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施設長の推薦を得て、所定の（様式：1）「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での申し込みは一切受けいたしません。ご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 応募締め切り 2023年 6月26日（月） 必着

※（様式：1）「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をご提出の際は、速やかに連絡の取れるメールアドレスおよび電話番号をご記入ください。

後日、改めて決定通知書と提出書類等を郵送いたします。

《お申し込みにあたっての注意事項》

臨床実地修練研修の受講決定通知後、下記（a. ～d.）の書類の提出および手続きが必要となります。
下記の手続きができない方は受講不可となりますので、手続きが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. HB（B型肝炎）、水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎の※抗体検査を必ず行い、当院所定の「抗体保有状況調査書」をご提出願います。なお抗体価が各ワクチン接種基準に該当、または不明の方については、※臨床実地修練研修4週間前 2023年9月7日（木）までにワクチン接種を実施し、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ご参加できません。

b. 臨床実地修練研修費用　：30,000円（税込み）

2023年　8月　31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」のご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」のご提出をお願いいたします。

上記 a ～ dは、2023年　8月　31日（木）（消印有効）を返送期限とさせていただきます。

4. 「栄養サポートチーム専門療法士」臨床実地修練　研修受講申請書のご提出先

〒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. 本件に関するお問い合わせ

杏林大学医学部附属病院　NST事務室　研修担当者

メールアドレス：　kyorin-nst@ks.kyorin-u.ac.jp

以上

(様式1)

「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

日本臨床栄養代謝学会「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)
- 職 種： _____
- 免許取得： 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
取 得 年 月 (臨床経験 年)
- 修練期間： 2023年10月6日(金) ～2023年10月26日(木) : 計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