|  |  |
| --- | --- |
| 院　長 | NSTコアメンバー |
|  |  |

平成　　年　　月　　日

NST研修申請書

社会福祉法人京都社会事業財団

京都桂病院　院長　若園𠮷裕　様

栄養サポートチームにおける栄養治療の研修を受けたく、以下の通り申請いたします。

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 看護師　・　管理栄養士　・　薬剤師 |
| 資格取得日 | 昭和・平成　　　年　　　月 |
| 生年月日（性別） | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　（　□男性　　□女性　） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ(必須) |  |
| 所属 | 施設名  所属部署  住所　〒  電話番号 |
| 現職種での医療施設における勤務年数 | 年　　　　　ヶ月 |
| JSPEN年次学術集会参加経験 | 【　　 有　（参加回数：　　　　　回）　・　　無　　　】 |
| JSPEN会員番号 | 【　　会員（会員番号：　　　　　　　　　）　・　　非会員　　】 |
| NST専門療法士　受験予定 | 【　　　　　　　　　年に受験予定　　・　　受験しない　　】 |

【添付書類】所属施設長推薦状(様式②)、誓約書(様式③)、職種資格免許書コピー(A4版)

【受け入れ採否】当院の規定に従って採否を決定し、研修開始日の2か月前までにご連絡致します。

2018.6.13