

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 若園吉裕 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 (<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性)
住所	〒
電話番号	
メールアドレス(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。