

申請番号（事務局記載欄）	受付日
- - -	

【様式 ⑤】

一般社団法人 日本栄養治療学会
NST専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練申込書

申請日：20 年 月 日

認定教育施設名： _____ 三豊総合病院 _____

施設長： _____ 山田 大介 _____ 殿

このたび、貴施設で実施される栄養サポートチーム（NST）専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練に申込みいたします。

フリガナ			
申請者氏名	⑩		
生年月日（西暦）	年 月 日生	性別	男・女
職種			
学会会員	会員・非会員	会員の方は会員番号	N
NST専門療法士受験必須セミナー受講歴 （受講歴のある方のみ記載）	(西暦) 年 第 回 受講		
NST専門療法士受験申請予定	(西暦) 年 予定		
所属施設			
所属部署			
所属住所	〒 - TEL : - - (内線) FAX : - -		
自宅住所	〒 -		
携帯番号	TEL : - -		
E-mailアドレス	@		
備考			

この申込書は認定教育施設宛にご送付ください。

※本申込書に記載された内容は、NST専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練の目的以外には使用いたしません。
※申込時の勤務施設に変更が生じた場合、申込者本人から事務局および修練施設へ所属施設が変わった旨の文書を提出してください。
また、申込者が本学会員である場合は、ご自身にて会員マイページの所属施設情報の変更を行ってください。

【下記設問にお答え下さい】

1. 貴施設でのNST加算算定状況について教えてください

- 算定している
- 算定していない
- 算定していないが、将来的に算定を検討している

2. 本実地修練に申込をされた理由を教えてください

- 現在、実地修練修了者が不足のためNST加算算定ができておらず、早急に対応したい
- 現在、NST加算は算定できているが、実地修練修了者を増員しておきたい
- 個人の研鑽のため実地修練に参加したい
- その他 ()

3. 貴施設での実地修練修了者の状況について教えてください

管理栄養士 _____名
看護師 _____名
薬剤師 _____名
その他 () _____名

4. JSPEN等の学会が認定するNST専門療法士の資格取得について教えてください

- 資格取得の意思がある
- 資格取得は考えていない

5. 本実地修練に関してご意見・ご要望がありましたら教えてください

2024年度の実地修練に関しては定員を3名程度として予定しております。
応募多数の場合は、上記設問へのご回答内容を検討した上で実地修練をお断りすることがございますので、ご理解のほど何卒よろしくお願い申し上げます。
研修費用等に関する詳細につきましては実地修練可否のご案内の際に改めて連絡させていただきます。

* 申込期間：6月5日～7月末日

本年度の実地修練可否のご案内：8月中旬

実地修練期間：10月3日～12月5日（毎週木曜13時～17時、計10回）