2024年度　医療法人東札幌病院NST専門療法士臨床実地修練　申込書

※白枠部分を記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 職種 |  | |
| 医療機関での経験年数 | | | 年 | | |
| 自宅住所 | 〒　　　- | | | | |
| 携帯電話番号 | * - | | | | |
| メールアドレス |  | | | | |
| 栄養治療学会（JSPEN）会員 | | | （　　会員　　・　　非会員　　） | | |
| 単位取得状況 | ①日本栄養治療学会(JSPEN)の学術集会に１回以上参加したことがある | | | （　はい　・　いいえ　） | |
| ②日本栄養治療学会(JSPEN)のNST専門療法士受験必須セミナーを受講済みである | | | （　はい　・　いいえ　） | |
| ③日本栄養治療学会(JSPEN)が認める栄養に関する全国学会、地方会、研究会に参加したことがある | | | （　はい　・　いいえ　） | |
| ④ ①～③の参加単位数の合計が30単位以上ある | | | （　はい　・　いいえ　） | |
| NST専門療法士試験受験予定年度 | | （　受験予定あり(西暦)　　　　年　　・　受験予定なし　） | | | |
| 実地修練受講を希望する理由（下記①～③の該当する番号を右に入力） | | | |  | |
|  | ①NST専門療法士を取得するため | | | | |
| ②所属している医療機関でNST活動を開始（参加）するため | | | | |
| ③その他 | | | | |
| ※③の場合、理由： | | | | |
| 所属施設名 |  | | | | |
| 所属先病院長氏名 |  | | | | |
| 所属先部署名 |  | | | | |
| 所属先住所 | 〒　　　- | | | | |
| 所属先の電話番号 | * - | | | | |
| NSTの稼働状況（下記①～③の該当する番号を右に入力） | | | | |  |
|  | ①NSTを稼働しており、NST加算を取得している | | | | |
| ②NSTは稼働しているが、NST加算は取得していない | | | | |
| ③NSTは稼働していない | | | | |
| 書類郵送先住所 | （　　自宅　　・　　勤務先　　） | | | | |