2025 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（フリガナ）	（　　）	性別	男　・　女
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　）		