

別紙 2

2026 年度

下越病院 栄養サポートチーム（以下、NST）専門療法士認定実地修練受け入れ申込書

下越病院 NST 担当者 宛

_____年 ____月 ____日

申請者氏名 _____ 印

下越病院で行われる実地修練に参加希望のため申し込みます。

記

| | |
|--|---|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 性別 | |
| 職種（資格） | |
| 勤務先機関名 | |
| 勤務先電話番号 | |
| E-mail | @ |
| 電話連絡の第一希望 （○で選択すること） | 職場に電話連絡・本人携帯電話・本人自宅電話・その他 （ - - ） |
| 仕事の経験年数 | |
| NST の経験年数 | |
| 研修を申し込む理由 （いずれかに○を記入） （その他の場合は理由を記載する） | ・ NST 専門療法士受験予定のため ・ NST 加算算定の為に 40 時間実地修練修了が必要なため ・ その他 （ ） |

以上