

別紙 2

2025 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