

様式 1

平成 年 月 日

尾道市立市民病院

院長 突沖 満則 様

住所：

名前： ㊟

日本静脈経腸栄養学会「栄養サポートチーム専門療法士」認定規則等に基づく  
臨床実地修練施設受け入れ依頼について

標記につきまして、貴病院の NST 専門療養士臨床実地修練研修生として、研修指導  
を実習したく存じます。

つきましては、下記内容のとおりご承認賜りますよう、お願い申し上げます。

記

1. 研修期間：自 平成 年 月 日 ( ) 至 平成 年 月 日 ( )
2. 研修希望職種：( )
3. 希望研修時間：40時間
4. 研修内容：栄養サポートチーム (NST) 活動全般
5. 添付書類
  - 1) 臨床実地修練研修誓約書 (様式 2)
  - 2) 所属施設長の推薦文書
  - 3) 研修希望職種の免許証の写し