

様式1

年 月 日

尾道市立市民病院

院長 大枝 忠史 様

所属施設：

所属部署：

所属住所：

氏 名：

携帯電話（緊急連絡先）：

E-mail：

日本臨床栄養代謝学会「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 年 月 日（ ） 至 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) NST 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
- 4) 臨床実地修練申込書