

NST専門療法士研修 申込書 FAX045-366-8426 栄養部清水苑

申し込み日 平成 年 月 日

| | | |
|----------------------|------------|-------|
| フリガナ | | |
| 氏名 | | |
| 勤務先 | 施設名 | |
| | 住所 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| メールアドレス | | |
| 職種 | | |
| 職種経験年数 | | |
| 現在、NST加算の算定を | している | していない |
| NST専門療法士の受験を | 予定有(年) | 予定なし |
| 当院に申し込みされた理由(50文字程度) | | |
| | | |

受け入れについての結果報告はメールでご連絡いたします。(電話での問い合わせ不可)
 連絡がとれるメールアドレスを記入してください。