|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NST専門療法士実地修練申込書**  FAX：045-366-8426（横浜市西部病院　栄養部）  E-mail：nst@marianna-u.ac.jp（横浜市西部病院 NST事務局） | | | | |
| 申し込み日　： | 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 | | 年 |
| 現在、NSTの | メンバーである　（経験　　　　　　年） | | | メンバーではない | |
| 現在、NST加算の算定 | あり | | 月算定件数 | | 件 |
| 現在、NST加算の算定 | なし | | 算定なしの理由 | |  |
| 施設内のNST専門療法士の人数 | 看護師　　　　　　　　人 | | 薬剤師　　　　　　　人 | | 管理栄養士　　　　　人 |
| 理学療法士　　　　　人 | | その他 | | |
| ＮＳＴ専門療法士の受験 | 予定有　（　　　　　　　　年　） | | | | |
| NST専門療法士の資格取得理由 | | | | | |
|
| 当院に申し込みされた理由（50文字程度） | | | | | |
|

受け入れにおける結果報告はメールでご連絡いたしますのでご連絡がとれるメールアドレスをご記入ください。（メール設定より、@marianna-u.ac.jp の受信ができるよう設定をお願いいたします）

※記載していただいた情報は、「NST専門療法士実地修練」の運営のみの使用といたします。

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 NST事務局