

# 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
	理学療法士	人	管理栄養士              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。