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