様式　１　　研修申込書

令和　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター

院　長　　米 野　琢 哉　殿

　　　　　　　　住　所：

　　　　　　　　氏　名：

栄養サポートチーム（NST）臨床実地修練研修のご依頼について

標記につきまして、貴センターのNST臨床実地修練研修に研修生として、参加したく存じます。

つきましては、下記内容のとおりご了承賜りますよう、お願い申し上げます。

記

１．研修日：令和7年6月10日（火）～6月12日（木）、6月17日（火）、6月18日（水） 計5日間

２．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）履歴書：必要事項に記載の上、写真貼付にて提出（様式　２）

　２）当該国家資格の免許証の写し

　３）誓約書（様式　３）

　４）推薦文書

　５）NST専門療法士認定制度　認定教育施設　臨床実地修練申込書

以上