

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 6 年 6 月 18 日（火）～6 月 20 日（木）、6 月 25 日（火）、6 月 26 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) 健康診断書：受診日より 6 ヶ月以内のもの
  - 3) 当該国家資格の免許証の写し
  - 4) 誓約書（様式 3）
  - 5) 推薦文書

以上