

一般社団法人 日本静脈経腸栄養学会  
「栄養サポートチーム専門療法士」認定教育施設  
平成 31 年 新規・更新認定申請書

(平成 30 年 月 日記入)

申請種別: 1. 新規 2. 更新 (該当するものに○)

1. 貴施設名: \_\_\_\_\_

2. 所在地・連絡先: 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

3. 施設長御芳名: \_\_\_\_\_

4. 認定医(指導医)御芳名: \_\_\_\_\_ 所属部署: \_\_\_\_\_

5. NST 稼働認定: (該当するものに○)

1) JCNT. No. \_\_\_\_\_ 2) JSPEN. No. (必須) \_\_\_\_\_

3) 日本病態栄養学会 No. \_\_\_\_\_

6. NST の構成: 計 \_\_\_\_\_ 名 (書類記入時)

医師: \_\_\_\_\_ 名、その他 \_\_\_\_\_ 名 (NST 専門療法士認定者 \_\_\_\_\_ 名)

7. 外部臨床実地修練希望者の受け入れについて

一度に受け入れ可能な人数 \_\_\_\_\_ 名程度 (年間 \_\_\_\_\_ 名程度)

外部臨床実地修練希望者の受け付け窓口

担当者名: 部署 \_\_\_\_\_ 御芳名 \_\_\_\_\_

連絡方法: 電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

8. 更新施設については、5 年間の実績

臨床実地修練者数 内部 \_\_\_\_\_ 名 外部 \_\_\_\_\_ 名 合計 \_\_\_\_\_ 名

上記により、貴学会「認定教育施設」の認定を申請いたします。

認定医(指導医)氏名: \_\_\_\_\_ 印 (自署・捺印)

申請期間: 平成 30 年 10 月 15 日 ~ 平成 30 年 11 月 16 日 (消印有効)