

一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会
「栄養サポートチーム専門療法士」認定教育施設
令和3年(2021年)新規・更新認定申請書

(2020 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 施設番号(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:2020年10月1日~2020年10月31日(消印有効)