

NST 稼働施設変更届

年 月 日届出

施設名	
施設番号	

変更する箇所のみご記載ください。

※施設名を変更する場合は、認定証再発行申請書のご記載が必要になります。

■ 施設名の変更 (年 月 日付)

	変更前	変更後
施設名		

■ NST 代表者の変更 (年 月 日付)

		変更前	変更後
医師 (必須)	氏名		
	会員番号(Nで始まる 10ケタの番号)	N	N
	メールアドレス		

■ コアスタッフの変更 (年 月 日付)

		変更前	変更後
氏名			
会員番号(Nで始まる 10ケタの番号)	N	N	N
職種			
メールアドレス			

下記、学会事務局へFAXまたはご郵送下さい。

変更内容が反映されるまで2週間程かかる場合がございますのでご了承ください。

一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会 事務局
〒104-0031 東京都中央区京橋1丁目17番地1号 昭美京橋第二ビル5階
TEL : 03-6263-2580 FAX : 03-6263-2581