

| | |
|--------------|-----|
| 申請番号（事務局記載欄） | 受付日 |
| - - - | |

【様式 ①】

一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会
NST専門療法士認定制度 認定教育施設
臨床実地修練実施届出書

申請日 20 年 月 日

一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会
認定・資格制度委員会 委員長 殿

認定教育施設名： _____

施設長名： _____^①
(記名・施設の公印)

指導責任者名： _____^①
(署名・捺印)
(認定医（指導医）認定番号： _____ - _____)

このたび、下記の期間で認定教育施設制度規則および栄養サポートチーム専門療法士認定規程に基づく、臨床実地修練を実施するため、【様式②】臨床実地修練カリキュラム計画書を添えて届出いたします。

| | | | |
|--------------------------------|--|----------|-------------|
| 認定教育施設名 | | | |
| 認定施設番号 | | | |
| 臨床実地修練 事務担当者連絡先 本件問い合わせ先 | 担当者名： 〒 _____ TEL： _____ / E-mail： _____ | | |
| 募集人数 | _____ 名 | 研修費用（税込） | _____ 円（税込） |
| 第1回目募集 実地修練期間（西暦） | 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日（予定） | | |
| 第2回目募集 実地修練期間（西暦） | 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日（予定） | | |
| 第3回目募集 実地修練期間（西暦） | 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日（予定） | | |
| 第4回目募集 実地修練期間（西暦） | 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日（予定） | | |
| 第5回目募集 実地修練期間（西暦） | 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日（予定） | | |

※申請実地修練期間は予定期間として「〇月～〇月」の申請でも可とします。