

一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会認定
2023年 認定教育施設 認定申請書[新規]

申請日 2022年 月 日

施設名	
施設長氏名	
施設所在地	〒
施設電話番号	
施設メールアドレス	

■臨床実地修練の指導者 ※本学会認定の「認定医」または「指導医」であること

氏名	所属部署
----	------

■NST稼働認定状況（該当するものに○、かつ認定番号を記載してください）

	JCNT	認定番号
	JSPEN	認定番号
	日本病態栄養学会	認定番号

■NSTの構成人数（申請日現在の人数を記載してください）

計	名	内訳 ⇒	医師	名	その他	名	その他の内の NST専門療法士	名
---	---	------	----	---	-----	---	--------------------	---

■外部臨床実地修練希望者の受け入れ人数について

1回の研修における受け入れ可能人数	名程度	年間	名程度
-------------------	-----	----	-----

■外部臨床実地修練希望者の受け入れ窓口

担当者名	
担当者所属部署	
担当者電話番号	
担当者メールアドレス	

上記により、貴学会「認定教育施設」の新規認定を申請いたします。

認定医(指導医)氏名: _____ [自署・捺印]

申請期間: 2022年10月3日～2022年10月31日(消印有効)