

2019年度 第2回 NST実地修練研修 申込書

下記にすべてご記入後、メールにてお申込みください。(電話または携帯メールでの申し込みは、一切行っておりませんのであらかじめご了承ください。)

実習の都合上、定員15名とさせていただきます。1施設1名に限らせていただきます。

実地研修受け入れの可否は9月中旬までに、メールにてお知らせ致します。

施設名: _____

NST加算: 申請済 ・ 申請予定(いつ頃: _____)

フリガナ	
氏名	
性別	(男 ・ 女)
生年月日	昭 ・ 平 年 月 日 (歳)
職種	
経験年数	
TEL(施設)	
メールアドレス	
NST専門療法士 受験予定	(有 ・ 無)
実習希望日程	()①10月23日(水)・10月24日(木) ()②10月30日(水)・10月31日(木) ()どちらでもよい

※ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。

【連絡先】

氏名	
所属	
TEL	
FAX	
メールアドレス	

連絡先 : 長崎大学病院 栄養管理室 NST専任 廣佐古裕子

メール: yhirosa@nagasaki-u.ac.jp