

NST 実地修練申し込み書（平成 30 年度後期）

申し込み期限：2018 年 7 月 31 日

所属	
部署	
氏名	
職種 ※いづれかに○を お願いします。	歯科医師・看護師・薬剤師・ 管理栄養士・臨床検査技師・ 言語聴覚士・理学療法士・ 作業療法士・歯科衛生士
メールアドレス	

申し込み先

飯塚病院 栄養部 中村宛

FAX 番号 0948-29-8049（栄養部直通）