

年 月 日

株式会社麻生 飯塚病院  
院長 増本 陽秀 殿  
栄養管理委員会委員長 殿

施設名 \_\_\_\_\_  
所 属 \_\_\_\_\_  
職種・経験 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (年)  
申請者 \_\_\_\_\_ 印

## NST 専門療法士認定のための実地修練申請依頼書

飯塚病院における NST 専門療法士認定のための実地修練にあたり、以下の通り申請いたします。

### 記

1. 実習期間 年 月 日 ～ 年 月 日  
**※実習期間は事務局で記入致します。空白のまま提出下さい。※** 総実習時間 40 時間

2. 提出書類

- ・本紙
- ・実習前感染症調査票
- ・守秘義務誓約書

3. 緊急連絡先

電話番号：

E-mail：

4. 費用：実地修練費 3 万円を指定口座へ振込払いとする。

※振込先の口座番号は申請書類提出後、事務局より  
メールにて連絡させていただきます。

以上

諸注意：・制服（白衣）、靴、名札の貸与はありません。

- ・貴重品の管理は各自でお願い致します。
- ・感染症調査票及び守秘義務誓約書の提出が無い場合、受入を見合わせる場合があります。