

19 臨床栄養師臨床研修書類様式細則

(目的)

第1条 この細則は、臨床栄養師臨床研修実施細則（以下「細則」という。）第10条第2項及び第11条に規定する書類等の様式及びその内容について、必要事項を定める。

(内容)

第2条 細則第2条に規定する学会及び臨床栄養師研修施設は、次表の書類等をその内容に従い利用するものとする。

書類等の名称	様式番号	発行者	発行時期	保管者	内 容
臨床栄養師 研修施設認定 申請書	第（臨）－01 号	B		A	
臨床栄養師 研修生募集要項	第（臨）－02 号	B		A	
臨床栄養師 研修施設認定証	第（臨）－03 号	A		B	
臨床研修施設履修 希望票 (臨床研修申込書)	第（臨）－04 号	C		A	
臨床研修履修者 採用希望票	第（臨）－05 号	C		A	
臨床研修履修 施設決定通知書 (研修生用)	第（臨）－06 号	A		C	
臨床研修履修者 決定通知書 (研修施設用)	第（臨）－07 号	A		B	

臨床研修 (全部・一部) 履修証明書	第(臨)－08 号	B		C	
臨床研修 履修報告書	第(臨)－09 号	C		A	
臨床研修 実施報告書 (履修・修了者名簿)	第(臨)－10 号	A		A	
臨床栄養師 研修施設認定 取り消し届け	第(臨)－11 号	B		A	
臨床研修受託 終了報告書	第(臨)－12 号	B		A	
臨床栄養師臨床 研修延期申請書	第(臨)－13 号	C		A	
臨床研修マニユア ル承認通知書	第(臨)－14 号	A		B	
臨床研修開始の お知らせ	第(臨)－15 号	B		A	
臨床栄養師臨床研 修延期申請の承認 通知書	第(臨)－16 号	A		C	
臨床栄養師研修施 設 認定変更届け	第(臨)－17 号	B		A	

(注) 符号は、次のような内容を示す。

A………学会

B………細則第2条に規定する臨床栄養師研修施設

C………臨床研修を履修する個人

付 則

- 1 この細則は、平成 18 年 4 月 1 日より施行する。
- 2 この細則は、平成 29 年 6 月に改訂され、平成 29 年 7 月より施行する。
3. この細則は、令和 2 年 3 月に改訂され、令和 2 年 4 月より施行する。

臨床栄養師研修施設認定申請書（学会提出用）

第（臨）－０１号

日本健康・栄養システム学会
理事長 殿

一般社団法人日本健康・栄養システム学会の臨床栄養師研修の理念および目的に賛同し、臨床栄養師研修施設の認定を申請します。

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会マッチングシステムに参加します。

申請日 年 月 日

施設名	法人名 病院・施設名	
研修責任者 (施設長)	氏名	
監督責任者	ふりがな 氏名	役職
		臨床栄養師の資格 有・無
指導者(管理栄養士、監督責任者以外)		
住所	〒	
問い合わせ先	TEL : ()	—
	FAX : ()	—
メールアドレス (問い合わせ先)		
第三者評価 (ない場合は記載しなくてよい)	1. 第三者評価機関名 2. 認定番号 号 3. 審査体制区分 (認定領域) 4. その他	

受付日 年 月 日

審査開始日 年 月 日

認定日 年 月 日

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

★当該申請書及び別紙マニュアル申請書に施設長の捺印のうえご郵送ください（宛先 〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町 1-10-1 神奈川県立保健福祉大学 田中 和美宛）

★マニュアルは当該臨床研修の標準的内容を記載しています。修正がない場合にはそのまま、修正する場合には適宜修正し、メールに添付してご送信頂けますようお願いいたします。

臨床栄養師研修生募集要項 (学会提出用)

施設名

募集人員	
研修領域	1. 病院における臨床研修 (特定集中治療室等を含む) (350~450 時間) 2. 回復期リハビリ、介護保険施設における研修 (150~200 時間) 3. 地域栄養ケア活動研修 (150~200 時間) 4. 給食経営管理研修 (150~200 時間)
応募資格 (条件)	
研修期間 (予定)	
応募締切日	
選考試験日	
試験内容	
応募方法 (必要書類)	
病院見学	
問い合わせ先 (担当者)	
備考	

殿

年 月 日

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
理事長

印

臨床栄養師研修施設認定証

臨床栄養師研修実施細則第2条第2項に基づき、臨床栄養師認定審査会で貴施設について臨床研修施設要件を審査した結果、適格と認めましたので、貴施設を臨床栄養師研修施設と認定し、臨床研修の実施を委託いたします。

臨床研修施設履修希望票
(臨床栄養師・栄養サポートチーム・継続研修用)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな	
氏名	
職種	
勤務施設名	
自宅住所	〒
自宅電話	
連絡先(昼間)	

研修領域 (臨床栄養師研修者は希望領域に○を付けてください。)	1. 病院研修(特定集中治療室等を含む)(350~450時間) 2. 回復期リハビリ、介護保険施設における研修(150~200時間) 3. 地域栄養ケア活動研修(150~200時間) 4. 給食経営管理研修(150~200時間) (栄養サポートチームは病院で10時間)
------------------------------------	--

研修施設の履修希望を記入してください。

希望施設 1	
希望施設 2	
希望施設 3	
希望施設 4	
希望施設 5	

学会記入欄	受付日 年 月 日

臨床研修履修者採用希望票
(臨床栄養師・栄養サポートチーム・継続研修用)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな	
施設名	
住所	〒
連絡先(担当者)	

研修施設領域 (臨床栄養師研修履修者に対しては該当領域に○を付けてください。)	1. 病院における研修(特定集中治療室等を含む)(350~450時間) 2. 回復期リハビリ、介護保険施設における研修(150~200時間) 3. 地域栄養ケア活動研修(150~200時間) 4. 給食経営管理研修(150~200時間) (栄養サポートチームは病院で10時間)
--	--

臨床研修履修者の採用希望を記入してください。

採用希望者	
採用希望者	
採用希望者	
採用希望者	
採用希望者	

臨床研修履修者の不採用希望を記入してください。

不採用者	
不採用者	
不採用理由	

学会記入欄	受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

殿

年 月 日
一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
理事長 印

臨床研修履修施設決定通知書

（臨床栄養師・栄養サポートチーム・継続研修）

貴殿が臨床研修を履修する施設が、以下のとおり決定しましたので通知します。

研修施設名 _____

殿

年 月 日
一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
理事長 印

臨床研修履修者決定通知書

（臨床栄養師・栄養サポートチーム・継続研修）

貴施設における臨床研修履修者が、以下のとおり決定しましたので通知します。

研修者氏名

殿

年 月 日

臨床研修施設名

施設長

印

臨床研修(全部・一部)履修証明書

貴殿は、臨床栄養師・栄養サポートチーム・継続研修 臨床研修の下記の領域における履修を実施したことを証明します。

記

証明時間数

1. 急性期病院 (特定集中治療室等を含む)	時間
2. 回復期リハビリ・介護保険施設	時間
3. 地域栄養活動	時間
4. 給食経営管理	時間

臨床研修履修報告書

年 月 日

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
理事長 殿

住 所 _____

連絡先 _____

氏 名 _____ 印

下記の通り臨床栄養師・栄養サポートチーム・継続研修 臨床研修を履修しましたので報告します。

記

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
理事長 殿

年 月 日

臨床研修実施報告書

(臨床栄養師研修・栄養サポートチーム・継続研修 履修・修了者名簿)

研修年度	年							
	会員番号	氏名	①	②	③	④	合計	備考
1			H	H	H	H	H	
2			H	H	H	H	H	
3			H	H	H	H	H	
4			H	H	H	H	H	
5			H	H	H	H	H	
6			H	H	H	H	H	
7			H	H	H	H	H	
8			H	H	H	H	H	
9			H	H	H	H	H	
10			H	H	H	H	H	
11			H	H	H	H	H	
12			H	H	H	H	H	
13			H	H	H	H	H	
14			H	H	H	H	H	
15			H	H	H	H	H	
16			H	H	H	H	H	
17			H	H	H	H	H	
18			H	H	H	H	H	
19			H	H	H	H	H	
20			H	H	H	H	H	
21			H	H	H	H	H	
22			H	H	H	H	H	
23			H	H	H	H	H	
24			H	H	H	H	H	
25			H	H	H	H	H	

第（臨）－ 1 1 号

年 月 日

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

理事長

殿

臨床研修施設名

施設長

印

臨床栄養師研修施設

取り消し届け

臨床栄養師臨床研修実施細則第9条に規定される臨床栄養師研修施設要件を満たすことができなくなったため、臨床栄養師研修施設の認定取り消しを届け出いたします。

臨床研修受託終了報告書

年 月 日

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
理事長 殿

臨床研修施設名

施設長 _____ 印

年度臨床栄養師・栄養サポートチーム・継続研修 臨床研修を下記の通り実施いたしましたので報告します。

記

研修生氏名	総研修時間 (時間)

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
 理事長 殿

年 月 日

氏名 _____ 印

臨床研修延期申請書

臨床栄養師研修・栄養サポートチーム・継続研修履修の延期を申請します。

記

(1) 会員番号	(番号) 第 _____ 号
(2) 研修開始	(_____ 年度)
(3) 延期申請の理由	
(4) 勤務先	名称 _____
	所在地 〒 _____
(5) 連絡先	
(6) 延期予定	_____ 年 _____ 月 _____ 日までに臨床研修を延期します

第（臨）－14号
年 月 日

殿

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
理事長 印

「臨床栄養師臨床研修マニュアル」の承認通知書

貴殿が提出された、「臨床栄養師臨床研修マニュアル」を審査した結果、「承認」と決定しましたので、通知いたします。

日本健康・栄養システム学会

事務局 御中

施設名

研修監督責任者名

臨床研修開始のお知らせ

下記のとおり、臨床栄養師研修・栄養サポートチーム・継続研修履修の臨床研修を開始いたしますので、ご報告いたします。

記

研修生名 _____	年	月	日～	年	月	日
研修生名 _____	年	月	日～	年	月	日
研修生名 _____	年	月	日～	年	月	日
研修生名 _____	年	月	日～	年	月	日

以上

第（臨）－16号
年 月 日

殿

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
理事長

印

臨床栄養師臨床研修延期申請の承認通知書

貴殿から 月 日付で提出されました、臨床栄養師臨床研修延期申請書を審査した結果、「承認」と決定しましたので、下記の通り通知いたします。

記

承認期間

年 月 日 ～ 年 月 日

以上

