　第（臨）－０４号

臨床研修施設履修希望票

（臨床栄養師・栄養サポ－トチ－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 |
|  |  |

一般社団法人　日本健康・栄養システム学会