

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