第（臨）－０５号

臨床研修履修者採用希望票

（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 |  |
| 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 |
|  |  |

一般社団法人　日本健康・栄養システム学会