

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