

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 _____