第（臨）－０８号

　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　臨床研修施設名

　 　施設長　　　　　　　　　　　　 　印

臨床研修（全部・一部）履修証明書

　　貴殿は、臨床栄養師・栄養サポートチーム・継続研修　臨床研修の下記の領域における履修を実施したことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　証明時間数

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 急性期病院（特定集中治療室等を含む） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時間 |
| 2. 回復期リハビリ・介護保険施設 | 　　　　　時間 |
| 3. 地域栄養活動 | 　　　　　時間 |
| 4. 給食経営管理 | 　　　　　時間 |