

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