第（臨）－１７号

**臨床栄養師研修施設　変更届**

日本健康・栄養システム学会

理事長　　　　　　　　　　　殿

研修施設事項に変更が生じたため、届け出いたします。

**申請日　　　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | 法人名  病院・施設名 | |
| 研修責任者  （施設長） | 氏名 | |
| 監督責任者 | ふりがな  氏名 | |
| メールアドレス  （問い合わせ先） |  | |
| 指導者(管理栄養士、監督責任者以外) |  | |
| 住所  問い合わせ先 | 〒  TEL：（　　　　）　　　―  FAX：（　　　　）　　　― | 住所 |
| 問い合わせ先 |
| メールアドレス  （問い合わせ先） |  | |
| 連絡欄 |  | |
| 第三者評価  （ない場合は記載しなくてよい） | 1.第三者評価機関名  2.認定番号　　　　　　　　　　　　　　号  3.審査体制区分（認定領域）  4.その他 | |

受付日　　　　　　年　　　　月　　　　日

＊**太枠内**は必ずご記入ください。

　変更部に○印をし、変更事項を記入し、必要に応じて証明書類を添付してください。

一般社団法人　日本健康・栄養システム学会