平成2９年度前期　武蔵野赤十字病院

ＮＳＴ専門療法士研修申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申し込み年月日 | 　年　　　　月　　　日 |
| **フリガナ** |  | 印 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　年　　　月　　　　日 | 性別 | 男　　・　女 |
| 施設名 |  |
| 所属部署 | 　 |
| 職種 |  |
| 施設所在地 |  〒　　　　- |
| 電話番号 | （　　　　　　　　　）　　　　　　　　　- |
| FAX | （　　　　　　　　　）　　　　　　　　　-　 |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| ご自身の貴施設NST参加状況 | □NSTに参加している　　　　　□NST参加していない |
| 研修を希望した理由 | □NST専門療法士受験のため　　　　　□院内NST活動充実のため　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電子カルテ使用の有無 | □使用している　（メーカー：　　　　　　　　　　　　）　　　　□使用していない |

　　　　　　　　　申込先　　武蔵野赤十字病院　ＮＳＴ事務局（栄養課）

　　　　　　　　　 ＦＡＸ：0422-32-3122

 E-mail： junya08@musahino.or.jpl