

済生会小樽病院 栄養管理室 宛

FAX : 0134-21-2378

**NST 専門療法士実地修練受講申込用紙**

下記に必要事項を明記の上、FAXしてください。

所属施設名	
所属施設住所	
所属施設連絡先	TEL
	FAX
受講希望者氏名	
職種	
経過年数	

FAX 受信後、申込用紙に記入された連絡先へ1週間以内にご連絡させていただきます。