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 |
| E-mail |
| 受講希望者氏名 | (ふりがな) |
| 性別 | □男性　□女性 |
| 職種 |  |
| 経験年数 |  |
| NST専門療法士受験予定 | □2018年度予定　□2019年度以降予定□予定なし |

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。