

～病院研修生の申請手続きについて～

病院研修生の許可を受けようとする場合は、次の書類が必要となります。

下記の書類を応募締切日平成 26 年 ~~5 月 1 日(木)~~ 5 月 16 日(金)までに栄養管理室
(栄養サポートセンター事務局) へご郵送ください。

なお、不確かな場合は下記担当までお問い合わせください。

1. 提出書類

- (1) 病院研修生願書
- (2) 個人調書および実態調査表
- (3) NST 稼動施設での症例報告 (1 症例)

【担当】

〒989-8574 仙台市青葉区星陵町 1-1

東北大学病院 栄養管理室

菅原・武田

(栄養サポートセンター事務局)

TEL 022-717-7120 FAX 022-717-7147

東 北 大 学 病 院 研 修 生 願 書

平成 年 月 日

東北大学病院長 殿

氏名

㊟

私は、貴大学病院栄養サポートセンターにおいて病院研修生として研修したいので
受入れを許可くださるようお願いいたします。

個人調書および実態調査表 【NST専門療法士実地修練】 平成 年 月 日記入

研修期間	平成 26年 6月 2日～ 6月 6日（実日数：5日）		1日の 研修時間	9時～18時(カリキュラム内容による)	
ふりがな		男・女	生年月日	S・H	年 月 日生 歳
氏名					
現住所	〒		連絡先（自宅） （携帯）		
本籍地			最終学歴		
免許	種類	取得年月日		免許番号	
現職					
勤務先名称					
勤務先住所	〒				
所属部署					
病床数	床				
勤務先電話番号					
参加された学会・研究会・セミナー等をお書きください JSPENコ・メディカル教育セミナー（ 年 月受講） 日本静脈経腸栄養学会（ 年 月参加） その他の学会・研究会（名称： ）（ 年 月参加） （名称： ）（ 年 月参加）					
現在取得されている資格があればお書きください（現在の業務に関係するもの） （例：NST専門療法士、糖尿病療養指導士など）					
貴院のNST活動について 稼働開始年月 西暦 年 月 運営システム 単科型・全科型 チーム体制 専属チーム・PPM（兼任）チーム 経験年月数 年 ヶ月（NSTとして） 貴院のNSTのうまくいっているところと問題点について自由にお書きください					
栄養ケアは主にどのように行っておりますか？					
今回の研修で学びたいことは何ですか？					

症 例 報 告 用 紙

報告者氏名		所属	
診断名		栄養障害度	軽度, 中等度, 高度
現病歴:			
介入方法:			
臨床経過:			
転帰:			