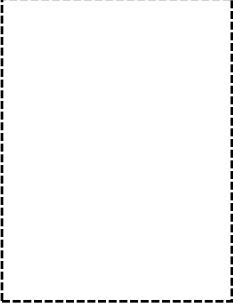


個人調書および実態調査表 【NST専門療法士実地修練】 平成30年 月 日記入

研修期間	平成31年2月4日～2月8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）	
心りがな			男・女	生年月日	S・H 年 月 日生 歳
氏名					
現住所	〒		連絡先（TEL） （PCアドレス）		
本籍地			最終学歴		
免許	種類	取得年月日		免許番号	
現職			写真添付（40mm×30mm）		
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 （できれば直通）					
参加された学会・研究会・セミナー等をお書きください JSPEN臨床栄養セミナー（ 年 月受講） （旧コ・メディカル教育セミナー） 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 単価型・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？					