

申請年月日： 年 月 日

独立行政法人労働者健康安全機構
東京労災病院 院長 杉山政則 殿

所属施設名： _____

所属施設責任者氏名： _____ (印)

研修願

日本静脈経腸栄養学会認定栄養士®-トーム（NST）専門療法士受験資格取得のため、
また、日本病態栄養学会NST研修認定規則に基づく臨床研修10時間以上を行うため、
貴施設において、NST活動の見学、実習の許可を下記研修生に頂きたい、お願い申し上げます。

記

研修者氏名： _____ (印)

研修者住所： _____ 〒 _____

所属施設名： _____

所属施設住所： _____ 〒 _____

連絡先（TEL）： _____

E-mail： _____

- ・ 実地修練・臨床研修中は、指導担当者の指示に従います。
- ・ カリキュラムに沿って研修し、終了時間で（10または40時間）で研修終了します。
- ・ 患者様の個人情報保護については守秘義務を全うし、知り得た情報を院外に持ち出しません。

以上