

# 2019年度 第1回 NST実地修練研修 申込書

下記にすべてご記入後、メールにてお申込みください。(電話または携帯メールでの申し込みは一切行っておりません。)

実習の都合上、**定員15名**とさせていただきます。1施設1名に限らせていただきます。

施設名: \_\_\_\_\_

NST加算: 申請済 ・ 申請予定(いつ頃: \_\_\_\_\_)

フリガナ	
氏名	
性別	( 男 ・ 女 )
生年月日	昭 ・ 平 年 月 日 ( 歳 )
職種	
経験年数	
TEL(施設)	
メールアドレス	
NST専門療法士 受験予定	( 有 ・ 無 )
実習希望日程	( )①7月10日(水)・7月11日(木) ( )②7月17日(水)・7月18日(木) ( )どちらでもよい

※ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。

## 【連絡先】

氏名	
所属	
TEL	
FAX	
メールアドレス	

連絡先 : 長崎大学病院 栄養管理室 NST専任 廣佐古裕子

TEL : 095-819-7240

FAX : 095-819-7539

メール: [yhirosa@nagasaki-u.ac.jp](mailto:yhirosa@nagasaki-u.ac.jp)