

2012年 月 日

2012年度 NST 専門療法士教育研修会参加申込書

1、受講希望者

施設名

施設住所 〒 —

連絡先

(自宅・勤務先)TEL ()—

(自宅・勤務先)メールアドレス @

職名

経験年数 年間

氏名 印

(男・女 年齢 歳)

バーチャル臨床栄養カレッジ入学(登録)の有無 有・無

2、研修期間

2012年5月15日(火)～2012年6月12日(火)毎週火曜日 40時間

3、研修費 3万円(当日受付にて支払い)

上記のとおり受講を希望します。

独立行政法人国立病院機構
西新潟中央病院長 殿