

栄養サポートチーム専門療法士実地修練研修 申込書

国立病院機構 名古屋医療センター

ふりがな			
希望者氏名			
年齢	歳	性別	男 ・ 女
勤務先			
職種			
勤務先住所			
勤務先電話番号			
メールアドレス			
緊急連絡先			

貴院の NST 研修終了者の人数をお教えてください（令和8年7月1日現在）

看護師	管理栄養士	薬剤師	その他職種
名	名	名	名

送付宛 FAX 番号 052-951-0664

国立病院機構 名古屋医療センター 栄養管理室 今泉良典 宛