

古賀総合病院 NST 研修申込書

平成 28 年 月 日

古賀総合病院 NST 運営委員会

古賀総合病院 NST 研修を申し込みます。

職種 : 1.管理栄養士 2.薬剤師 3.看護師 4.臨床検査技師
5.言語聴覚士 6.理学療法士 7.作業療法士 8.その他 ()
*該当する職種の番号に○をつけて下さい。

今回申し込みの理由

1. 院内 NST チーム参加の為 2. NST 専門療法士取得の為 3. スキルアップの為
4. その他 ()

(フリガナ)

氏 名 : _____

施設 名 : _____

所属 部 署 : _____

施設 住 所 : 〒 _____

TEL : _____ (勤務先)

FAX : _____ (勤務先)

e-mail address : _____

*お持ちの方は、連絡の際に使用させていただく場合がありますのでご記入ください。

※郵送又は FAX(0985 - 39 - 8775)にてお申し込みください。

申込み受付後、当院より FAX 又は e-mail にて連絡をいたします。

申込み後、1 週間を過ぎても連絡が無い場合は、再度ご連絡(TEL : 0985-39-8975)ください。

古賀総合病院 NST 記載欄 (ここから下には記入しないで下さい。)

受付番号 : _____ 受付年月日 : 平成 28 年 月 日

書類不備 : 有 無

最終決定 : 受理 不受理 受領通知 : 済み 未処理
