

# N S T 専 門 療 法 士 研 修 生 受 け 入 れ の ご 案 内

2025年度のN S T 専 門 療 法 士 の 研 修 を 実 施 し ます 。 内 容 と 申 し 込 み は 以 下 の と お り に な っ て お り ます 。

## 1. 研 修 対 象 者

一 般 社 団 法 人 日 本 栄 養 治 療 学 会 の 定 め る N S T 専 門 療 法 士 を 取 得 予 定 の 方 。

ま た 、 意 欲 の あ る 、 薬 剤 師 ・ 看 護 師 ・ 臨 床 検 査 技 師 ・ 管 理 栄 養 士 ・ 理 学 療 法 士 ・ 作 業 療 法 士 ・ 言 語 聴 覚 士 ・ 歯 科 衛 生 士 の 皆 様

※ 応 募 者 多 数 の 場 合 、 施 設 間 で 偏 り の 無 い よ う 調 整 さ せ て い た だ く 場 合 が ご ざ い ます 。  
ご 了 承 く だ さい 。

## 2. 応 募 期 間

2025年7月1日（火）～2025年7月22日（火）

※ 定 員 に 達 し 次 第 締 め 切 り ます 。

## 3. 研 修 期 間

2025年9月5日～11月7日の金曜日（13時～17時半）、計40時間とします。

## 4. 募 集 人 数

若 干 名

## 5. 研 修 項 目

病 棟 回 診 ・ カ ン フ ェ レ ン ス ・ 院 内 講 義 ・ 症 例 検 討 な ど

## 6. 研 修 費 用

全 課 程 40 時 間 で 22,000 円 （ 税 込 ）

## 7. 申 し 込 み 方 法

① 用 紙 に 必 要 事 項 を 記 入 の う え 、 F A X で 下 記 の 担 当 ま で お 申 し 込 み く だ さい 。

② 受 け 入 れ 可 否 は こ ち ら か ら メ ー ル に て 通 知 し ます 。

（ ※ 土 日 祝 を 除 く 3 日 以 内 に 通 知 し ます 。 メ ー ル が 届 か な い 場 合 は お 手 数 で す が 下 記 の 担 当 ま で お 電 話 に て ご 連 絡 を お 願 い 致 し ます 。 ）

③ 受 け 入 れ 可 能 で あ る メ ー ル を 受 け 取 り 次 第 、 期 日 ま で に メ ー ル に 添 付 さ れ て い る 必 要 書 類 を 提 出 し て く だ さい 。

## 8. そ の 他

上 記 申 し 込 み 手 続 き に つ い て の お 問 い 合 わ せ は 、 下 記 ま で お 電 話 に て お 願 い 致 し ます 。

担 当 ： 栄 養 科 松 本  
電 話 ： 075-594-2323（ 代 ）  
FAX ： 075-593-3179

2025年度 愛生会山科病院

N S T 専門療法士研修プログラム申込書

|                       |   |      |       |
|-----------------------|---|------|-------|
| 申込年月日                 | 年 月 日   |      |       |
| フリガナ                  |   |      | 印     |
| 氏 名                   |   |      |       |
| 生年月日                  | 昭・平 年 月 日生                                      | 性別   | 男 ・ 女 |
| フリガナ                  |   |      |       |
| 現住所                   | 〒 ー   |      |       |
| 電 話                   | (自宅・呼出)   | (携帯) |       |
| メールアドレス<br>(必ずご記入下さい) | ※パソコンのメールアドレスをお願い致します。                          |      |       |
| 職 種                   | 薬剤師 看護師 臨床検査技師 管理栄養士<br>理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 歯科衛生士 |      |       |
| 勤務先<br>住所<br>施設名      | 〒 ー   |      |       |
| 連絡先                   | 電話： (内線： ) F a x :                              |      |       |

※記入していただきました内容につきましては、本目的以外には使用いたしません。

申込書送付先 一般社団法人愛生会山科病院  
 担当：栄養科 松本  
 FAX：075-593-3179