

NST（栄養サポートチーム）実地修練について

当院は、日本栄養治療学会（以下、JSPEN）が認定する NST 稼働施設であるとともに、JSPEN が認定する NST 専門療法士のための臨床実地修練のための教育施設でもあります。

この度、当院での NST 実地修練実施に伴い、参加者を募集します。以下の要項を参考に、希望の方はお申し込み下さい。

2026年6月1日

- 【対象】 職種は問わず
- 【期間】 2026年9月29日（火）～10月28日（水）
毎週火曜日、水曜日 13：00～17：00
9月 29日、30日
10月 6日、7日
13日、14日
20日、21日
27日、28日 4時間×10日間 計40時間
- 【募集人数】 3名
- 【費用】 33,000円（税込）
- 【応募期間】 **2026年6月8日（月）から先着順**
※募集人数に到達次第、予告なく募集を締めきります
- 【申込問合せ】 公立松任石川中央病院 栄養管理室
担当：田邊、長東
Tel：076-275-2222（13～17時、平日のみ）
※先にお電話にてご連絡をお願いします。
その後『臨床実地修練申込書』をお送り下さい。

★研修修了者には、JSPEN 規則に基づく「臨床実地修練修了証」を交付します。

石井 要（NST 委員会 JSPEN 指導医）

申請番号（事務局記載欄）	受付日
- - -	

【様式 ⑤】

一般社団法人 日本栄養治療学会
NST専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練申込書

申請日：20 年 月 日

認定教育施設名： _____

施設長： _____ 殿

このたび、貴施設で実施される栄養サポートチーム（NST）専門療法士認定制度 認定教育施設
臨床実地修練に申込みいたします。

フリガナ			
申請者氏名	⑩		
生年月日（西暦）	年 月 日生	性別	男・女
職種			
学会会員	会員・非会員	会員の方は会員番号	N
NST専門療法士受験必須セミナー受講歴 （受講歴のある方のみ記載）	（西暦） 年 第 回 受講		
NST専門療法士受験申請予定	（西暦） 年 予定		
所属施設			
所属部署			
所属住所	〒 - TEL： - - （内線） FAX： - -		
自宅住所	〒 -		
携帯番号	TEL： - -		
E-mailアドレス	@		
備考			

この申込書は認定教育施設宛にご送付ください。

※本申込書に記載された内容は、NST専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練の目的以外には使用いたしません。
※申込時の勤務施設に変更が生じた場合、申込者本人から事務局および修練施設へ所属施設が変わった旨の文書を提出してください。
また、申込者が本学会員である場合は、ご自身にて会員マイページの所属施設情報の変更を行ってください。

申請番号（事務局記載欄）	受付日
- - -	

【様式 ⑤】

一般社団法人 日本栄養治療学会
NST専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練申込書

申請日：2024年 4月 10日

認定教育施設名：〇〇病院

施設長：栄養治療 太郎 殿

このたび、貴施設で実施される栄養サポートチーム（NST）専門療法士認定制度 認定教育施設
臨床実地修練に申込みいたします。

フリガナ	キタガワ ミナミ		
申請者氏名	北川 みなみ		
生年月日（西暦）	1992年 8月 18日生	性別	男・女
職種	管理栄養士		
学会会員	会員・非会員	会員の方は会員番号	N789123456
NST専門療法士受験必須セミナー受講歴 （受講歴のある方のみ記載）	（西暦） 2024年 第 1回 受講		
NST専門療法士受験申請予定	（西暦） 2025年予定		
所属施設	〇〇病院		
所属部署	栄養管理室		
所属住所	〒104-0031 東京都中央区日本橋室町4丁目4-3喜助日本橋室町ビル4階 TEL: 03-0000-0000（内線）1234 FAX: 03-0000-0001		
自宅住所	〒104-0031 東京都中央区日本橋室町4丁目4-3		
携帯番号	TEL: 090-0000-0000		
E-mailアドレス	jimukyoku@jспен.or.jp		
備考			

この申込書は認定教育施設宛にご送付ください。

※本申込書に記載された内容は、NST専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練の目的以外には使用いたしません。
※申込時の勤務施設に変更が生じた場合、申込者本人から事務局および修練施設へ所属施設が変わった旨の文書を提出してください。
また、申込者が本学会員である場合は、ご自身にて会員マイページの所属施設情報の変更を行ってください。