**2025年度　NST専門療法士研修（実地修練）のご案内**

当院は日本栄養治療学会より、NST稼働施設、NST教育施設の認定を受けております。

2025年度は、実地修練として合計40時間の研修を、下記の予定にて行います。

今年度は年２回の開催となります。

1. 2025年6/3～7/15までの毎週火曜日
2. 2026年1/20～3/4までの毎週火曜日

※今回は、①　2025年6/3～7/15　の募集を行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 1.受講対象者 | 看護師・薬剤師・管理栄養士・臨床検査技師・言語聴覚士・理学療法士・作業療法士・歯科衛生士いずれかの国家資格を有し、NST専門療法士取得を目指している方。 |
| 2.研修日程予定 | 2025年6/3～7/15までの毎週火曜日 |
| 3.研修時間 | 6/3～7/8　→ 10：00～17：00（うち休憩１時間）  最終日 7/15　→ 13：00～17：00（休憩なし） |
| 4.研修費用 | 無料　ただしコピー代として5,000円（税込み5,500円）徴収いたします。 |
| 5.申し込み開始日 | 2025年5月1日（木）より2025年5月10日（土）まで  ただし募集定員8名に達し次第、終了となります。 |
| 6.申し込み方法 | Eメールでの応募のみとなります。  お電話でのお申し込みは受け付けておりません。  所定の申込用紙に必要事項を入力し、メールにて送付ください。  その際、ファイル名には所属施設・氏名をご入力ください。  メール送付の際の件名は、  「NST研修申し込み（所属施設・氏名）」としてください。   1. Eメールにて応募 2. 後日、研修受講決定の可否をEメールにてご連絡 |
| 7.申し込み先 | E-mail; [nst@soseikai.or.jp](mailto:nst@soseikai.or.jp) |
| 8.注意点 | ・記入漏れなど記載に不備があった場合は、受付不可となります。  ・メール１通につき１名分のお申し込みとさせていただきます。  ・期間中やむを得ず欠席となった場合は、次回研修期間中に履修することで、  研修修了といたします。  ・研修期間中は、当院の新型コロナウイルス感染拡大防止策に基づき、必要な感染対策を講じて開催いたします。感染状況により、やむを得ず延期・中止・内容変更等の可能性がございます。あらかじめご了承ください。 |
| 9.来院方法 | お越しの際は、公共交通機関のご利用をお願いいたします。  蘇生会総合病院無料シャトルバスをご利用いただけます。 |
| 10.お問い合わせ | 蘇生会総合病院　栄養管理科  E-mail; [nst@soseikai.or.jp](mailto:nst@soseikai.or.jp)  TEL；代表（075）621-3101　栄養管理科　井上 |

書式改定　最新　2024年 2月 27日

|  |  |
| --- | --- |
| 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：　　　　　蘇生会総合病院

施　　設　　長：　　　　　津田　永明　　　　　　　　　　　　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 | |  | | | | ㊞ | |
| 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。