

# NST 専門療法士実地修練応募用紙

福島労災病院 NST

氏名	<small>(ふりがな)</small>	住所	〒 -	連絡先 TEL	(自宅) - - (携帯) - -
----	-----------------------	----	-----	------------	----------------------

**Mail アドレス :** (個人・職場)

勤務先		住所	〒 -	勤務先 TEL	- -
-----	--	----	-----	------------	-----

職種	管理栄養士・看護師・薬剤師・臨床検査技師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	経験 年数	_____ 年 _____ ヶ月
----	---	----------	------------------

**単位取得状況**

参加学会およびセミナー : \_\_\_\_\_ 単位

\_\_\_\_\_ 単位

\_\_\_\_\_ 単位

\_\_\_\_\_ 単位

\_\_\_\_\_ 単位

**合 計**      単位

アンケート お手数ですがご協力お願い致します。

**1. 当院での実地修練を希望された理由**

近くだったから    交通の便が良かったから    知人の紹介    HP を見て    雑誌を見て  
 カリキュラムを見て    その他

**2. 実地修練で得たい知識または技術**

**3. その他希望等**