

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