40時間臨床実地修練 申込書

申込日 　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 生年月日 | | （西暦）  年 月 日 （ 　歳） | |
| 氏名 |  | |
| 所属先 | 所属あり（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　）  無所属 | | | | | |
| 所属先住所 | 〒 | | | | | |
| 無所属の方は、お住まいの都道府県名を記載して下さい（　　　　　　） | | | | | |
| 職種 | 管理栄養士　看護師　薬剤師　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 経験年数 | 年　　ヶ月 | | | JSPEN  (現時点) | | 会員　・　非会員 |
| 希望日\* | 第一希望 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 第二希望 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 第三希望 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | |
| ご連絡先 | 電話番号 |  | | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | |
| その他  質問事項など  ありましたら  入力下さい。 |  | | | | | |

　　\*ご希望に沿えない場合がございます。あらかじめご了承ください。

■問い合わせ先

近森病院　臨床栄養部

研修受入担当

メール： clin-nutri@chikamori.com