

N S T 専門療法士臨床実地修練 受講申し込み用紙

下記に必要事項を記入の上、FAXして下さい

JSPEN の教育セミナーを修了している方は、
修了証 (写) も一緒に FAX して下さい。

なお、受講の可否については
5月15日(火)までにFAXにて返信いたします。

所属施設名		
所属施設 住所		
所属施設 連絡先	TEL	
	FAX	
受講希望者氏名	(歳 / 男・女)	
資格 (該当するものに○)	管理栄養士・薬剤師・看護師・臨床検査技師・言語聴覚士 その他 ()	
経験年数	年	

受講希望理由に○をつけて下さい

- () 専門療法士受験に係る 40 時間の履修
- () N S T 加算に係わる 40 時間の履修

《FAX 番号はお間違いのないようご注意ください》