2025年度　NST教育認定施設実地修練申込書

　　　年　　　月　　　日

社会医療法人禎心会札幌禎心会病院

病院長　徳田　禎久　様

勤務先名

勤務先住所

所属長　職種

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長　氏名

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 性　別 | 男　　・　　女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　年　　　月　　　日生まれ　（　　　　歳） |
| 所属部署 |  |
| 職　種 |  |
| 入職年月日 | 西暦　　　　　　年　　　月　　　日（経験年数　　　　年） |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| メールアドレス（連絡先） | 　　＠※申込み時に送信するアドレスと同じものをご記入ください |
| NST専門療法士受験必須セミナー | 受講済み（　　　　年受講）　・　未受講 |
| 2025年度NST専門療法士試験受験予定 | あり　　・　　　なし |

送信先　E-mail：eiyou\_thp@teishinkai.jp