

一般社団法人 日本病態栄養学会 「栄養管理・NST 実施施設」 認定申請書

日本病態栄養学会 施設認定委員会 御中

申請日： 年 月 日

本施設は、貴会「栄養管理・NST 実施施設」認定規約に同意のうえ、下記の通り認定の申請を致します。

施設名			
施設住所	〒 -		
電話番号	() -	FAX 番号	() -
e-mail			
施設の 種類・規模	<input type="checkbox"/> 有床診療施設	ベッド数	床
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 療養所 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 無床診療施設 (外来診療またはドック検診を行う医療施設)		
診療科 ※別添可			

氏名・捺印		施設長役職・日本病態栄養学会情報	
施設長	フリガナ	役職	<input type="checkbox"/> 会員 (会員番号)
	ⓐ		<input type="checkbox"/> 非会員
医師	フリガナ	ⓐ	会員 (会員番号) ㊦ 入会必須 ※病態栄養専門医 (認定番号)
	ⓐ		
管理栄養士	フリガナ	ⓐ	会員 (会員番号) ㊦ 入会必須 ※病態栄養専門管理栄養士 (認定番号)
	ⓐ		

※当会からの連絡、審査結果、認定料請求書、認定証送付先の施設担当者を下記より1名選任して**☑**
※施設担当者は必ず日本病態栄養学会会員が担当してください。

施設長

医師

管理栄養士

【事務局使用欄】 受付日：

受付番号：

一般社団法人日本病態栄養学会