一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会認定資格「NST専門療法士」認定試験

（202１年度認定試験　受験回避申請者の受験申請）

2022年度 日本臨床栄養代謝学会認定資格

「栄養サポートチーム専門療法士」受験者履歴書（受験回避申請者の受験申請）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　種　： |  |  | 縦4cm×横3cm  6ヵ月以内に  撮影した無帽、上半身の鮮明な写真を添付のこと。  裏面に氏名、撮影年月日を記入の上、しっかりと貼り付けること。 |
| フリガナ　： |  |  |  |
| 申請者氏名： |  | ㊞ |  |
| 性　　別　： |  |  |  |
| 生年月日（西暦）： | 年　　　　月　　　日 |  |  |
| 学会会員№： | N |  |  |
| 学会会員歴： | 年入会（　　　　年　　　ヶ月 ） | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設　： |  | |
|  | ※なしの場合は「なし」とご記入ください。 | |
| 所属部署　： |  | |
| 所属住所　： | 〒 | |
|  | TEL：　　　　　　 （内線） | FAX： |
|  | ※日中必ずご連絡の取れる番号をご記入ください。 | |
| E-mailアドレス： |  | |
| 携帯電話　： |  | |
|  | ※日中必ずご連絡の取れる番号をご記入ください。 | |
| 書類送付先： | ご自宅・ご所属先　※どちらか一方を選択。会員情報の「発送先」と合わせること。発送先に変更があった場合は「会員ログイン」よりログイン後、「マイページ」から随時ご修正ください。 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 最終学歴： | 年　　　月 |  | | | 卒業 |
| 免許取得： | 年　　月　　日 | 免許 | 番号：第 | 号 | |
|  | 年　　月　　日 | 免許 | 番号：第 | 号 | |

職　　歴: ※職歴は現職まで記載してください。

　　　　年　　　月 ～ 年　　　　月

　　　　年　　　月 ～ 年　　　　月

　　　　年　　　月 ～ 年　　　　月

　　　　年　　　月 ～ 年　　　　月

　　　　年　　　月 ～ 年　　　　月