日本栄養治療学会認定資格「栄養サポートチーム専門療法士」認定試験

日本栄養治療学会「栄養サポートチーム専門療法士」

認定規程に基づく臨床実地修練修了証明証

（西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

自署、捺印（コピー不可）

一般社団法人 日本栄養治療学会

理事長　殿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（申請者氏名）は貴学会認定規程に基づく

当認定教育施設において、所定の臨床実地修練を修了したことを証明する。

記

**□　認定規則改正（平成18年1月25日）以前に80時間以上の臨床実地修練を修了**

**※症例報告の提出は不要です。**

**□　上記以降　合計40時間以上の臨床実地修練を修了**

|  |  |
| --- | --- |
| 実地修練期間（西暦）： | 自　　　　　　年　　　月　　　日 ～ 至　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 実地修練内容： |  |

病棟回診： 時間

カンファレンス出席： 時間

講義受講： 時間

栄養評価等実技： 時間

その他： 時間

実地修練合計： 時間

以上のとおり証明する。

認定教育施設名：

（施設認定番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　 指導責任者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

 自署、捺印をお願いいたします。（コピー不可）