**【追加試験申込書の作成・提出要項】**

１．このフォームをお使いのPC上に保存し、すべての項目を記入すること。

２．勤務先施設名は、正式名称をフルネームで入力する。（例；国立大学法人、国立病院機構、医療法人等も

記入のこと）

３．入力済み申込書のファイル名は、［追加試験申込書］本会会員番号・氏名と記載する。

４．eメールの件名は「第６回がん追加試験申込書」と記載のうえ、メールに添付して以下のアドレスへ送信する。

[cancer@eiyou.or.jp](mailto:cancer@eiyou.or.jp) 　【申込書提出期限：**2018年10月15日（月）**送信分まで】

**追加試験申込書**

**日本病態栄養学会・日本栄養士会認定**

**第６回がん病態栄養専門管理栄養士試験【追加】**

**試験日**：2019年2月10日（日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | | |
| 申請者氏名 |  | | | | | | | |
| 会員番号 | 日本病態栄養学会 | | |  | | | | |
| 日本栄養士会 | | |  | | | | |
| 学会認定の有無 | “病態”または“臨床”栄養認定管理栄養士取得の有無  ※右枠の有・無いずれかの□に✔→ | | | | | | | **有□ ・ 無□** |
| 勤務先施設名  （正式名称を記入） |  | | | | | | | |
| 国が指定したがん診療連携拠点病院など | **①**地域がん診療連携拠点病院　　　**④**特定領域がん診療連携拠点病院  **②**都道府県がん診療連携拠点病院　**⑤**地域がん診療病院  **③**国立がん研究センター　　　　　**⑥**その他（都道府県指定または、指定なし） | | | | | | | |
| **※上記より該当する番号を右枠に記入→** | | | | |  | | |
| 部署名 |  | | | | | | | |
| 役職 |  | | | | | | | |
| 勤務先施設  〒・所在地 | 〒： | | 都道府県名： | | | | | |
| 所在地： | | | | | | | |
| 勤務先TEL： |  | | | | 勤務先FAX： | |  | |
| e-mailアドレス |  | | | | | | | |
| 事務局使用欄（記入不可） | | 申請書類：　**□**未送付　・　**□**送付済み | | | | | | |

■提出期限〆切後、10月末に申請書類、申請料払込票、試験実施要項を一斉に郵送します。

■症例フォームは、本会ホームページから別途ダウンロードして下さい。

■既に2018年11月3日試験の申請書を提出済みの方は、追加試験への変更は出来ません。

■11月試験の方で既に申請書と申請料払込票をお持ちであり且つ、11月試験に応募されず2月の追加

試験を申込まれる方には、申請書と払込票は郵送致しません。既にお持ちの申請書と払込票をご使用

下さい。この場合、払込票の通信欄余白に“2月追加試験”と必ず記入して下さい。

但し、この場合でも**追加試験申込書は必ず提出**して下さい。