

# 一般社団法人日本病態栄養学会「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「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。

※申請希望の認定名称について、下記(1)~(3)より選択していずれかに☑

(1)  「栄養管理・NST実施施設1」

日本栄養療法推進協議会“NST稼働施設”未認定且つ、本学会から追申希望施設の場合

(2)  「栄養管理・NST実施施設2」

日本栄養療法推進協議会“NST稼働施設”認定済み施設の場合

(3)  「栄養管理・指導実施施設」

本学会単独認定希望施設の場合（日本栄養療法推進協議会“NST稼働施設”未認定で本学会追申も不要）

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	
	<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		日本病態栄養学会	
施設長	⑩	<input type="checkbox"/> 会員（会員番号       ）	<input type="checkbox"/> 非会員
医師	⑩	会員（会員番号       ）⑩入会必須 ※病態栄養専門医（認定番号       ）	
管理栄養士	⑩	会員（会員番号       ）⑩入会必須 ※病態栄養認定管理栄養士（認定番号       ）	

※本学会からの連絡、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