

日本静脈経腸栄養学会教育認定施設

# NST 研修プログラム



医療法人 新都市医療研究会「君津」会

**南大和病院**

# 南大和病院 日本静脈経腸栄養学会認定「NST 専門療法士」

## 実地修練研修プログラム

### 1. 実地修練研修目的

栄養サポートチーム専門療法士認定規則（日本静脈経腸栄養学会）に基づき、「臨床栄養のために、必要とされる患者との人間関係の確立を基盤とし、栄養学的専門知識を実際の臨床において発揮させるための技能を修得することをめざす。

本プログラムは、日本静脈経腸栄養学会認定資格「栄養サポートチーム専門療法士」の取得及び、栄養サポートチーム加算「施設基準」の所定の研修内容を満たす 40 時間以上のカリキュラムとなっている。

### 2. 対象者

管理栄養士、看護師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士であって以下の要件を満たすもの

- ① 5 年以上の臨床経験のある者
- ② 日常、勤務している施設で NST もしくは、それに準ずる業務に従事している者
- ③ NST 専門療法士を受験する予定の者
- ④ 5 年以内に日本静脈経腸栄養学会または、当学会が認める地方会等に 1 回以上参加のある者

### 3. カリキュラム

別紙 参照

### 4. 終了認定

本プログラムにおいて、40 時間以上の研修を受け、終了要件を満たした者に対して、南大和病院 NST 研修修了者として認定し、修了証（NST 専門療法士の認定試験の受験資格）を発行する。基本的に再発行は行わない。

### 5. 研修費

職種を問わず、参加者 1 名につき 25,000 円

### 6. 募集定員 4 名（先着順）

## 平成 27 年度 NST 研修日程

平成 27 年 5 月 14 日（木）より、平成 27 年 7 月 16 日まで  
毎週木曜日 全 10 回（40 時間）  
時間：13 時～17 時（初日のみ 15 時～19 時）

※上記日程の全日（10 日）に参加すること。

## 実地修練申込み方法

1. 下記の書類を 平成 27 年 5 月 1 日（消印有効）までに郵送してください。

- ① NST 専門療法士取得に関する臨床実地修練申請書
- ② 「栄養サポートチーム専門療法士」受験者履歴書
- ③ 学会または地方会への出席が照明できる書類（参加証のコピー）
- ④ 誓約書

書類提出先

〒242-0015

神奈川県大和市下和田1331-2

南大和病院 NST 事務局

栄養部 池永宛

南大和病院 NST 事務局

栄養部 池永

E-mail : [eiyouka@minamiyamato-hosp.or.jp](mailto:eiyouka@minamiyamato-hosp.or.jp)

電話：046-269-2411（代表）

年 月 日

## 誓 約 書

南大和病院  
病院長 藤井 真 殿

南大和病院 日本静脈経腸栄養学会認定「NST 専門療法士」実地修練研修における実習にあたり、下記プログラムを遵守することを誓約します。

1. 実習で知り得た患者及び病院等に関する情報は、実習期間中及び実習終了後も漏洩致しません。万一、漏洩した場合は、これにより病院等が被った一切の損害を賠償致します。
2. 実習期間中に病院等の設備・器具等を破損した場合は、速やかにその損失金を弁償いたします。
3. 実習期間中に生じたる事故については、本人の責任において対処いたします。
4. 第三者に危害を与えません。

実習者氏名

印

# NST 専門療法士取得に関する臨床実地修練申請書

申請日：平成 年 月 日

南大和病院  
病院長 藤井 真 殿

私、\_\_\_\_\_ 印 は、貴院の日本静脈経腸栄養学会「栄養サポートチーム専門療法士」認定規則に基づく実地修練の受け入れを願いたく申請いたします。

勤務先名 \_\_\_\_\_

勤務先住所 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

所属部署名 \_\_\_\_\_

自宅住所 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女

資格 管理栄養士 看護師 薬剤師 臨床検査技師  
言語聴覚士 理学療法士 作業療法士 歯科衛生士

南大和病院 NST

平成 27 年度 日本静脈経腸栄養学会認定資格  
「栄養サポートチーム専門療法士」受験者履歴書

職種： 1：管理栄養士          2：薬剤師          3：看護師          4：臨床検査技師  
5：言語聴覚士          6：理学療法士      7：作業療法士      8：歯科衛生士

\*該当する職種の番号に○をつけて下さい。

ただし下記の当学会会員暦および会員番号は必須ではありません。

(フリカナ)

申請者氏名： \_\_\_\_\_ ㊤

学会会員暦： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月入会 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月)

学会会員 No： \_\_\_\_\_

生年月日 (西暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 性： 男 女

現住所 (連絡先)： 〒 \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

最終学歴： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 卒業

免許取得： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 免許取得 免許番号第 \_\_\_\_\_

職歴： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

臨床実地修練研究施設： \_\_\_\_\_

臨床実地修練研究期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 計 \_\_\_\_\_ 時間

臨床実地修練指導責任者氏名： \_\_\_\_\_

以下の通り相違ありません。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者 \_\_\_\_\_ ㊤

