

様式を印刷し、直筆にて赤枠部分をご記入ください。

研修生本人が記入

NST 専任・専従者研修

記載日を記入

令和 年 月 日

病院長名の氏名を記入

東海大学医学部附属八王子病院

病院長 向井 正哉 殿

氏名 ○○ ○○ 印

ご自分の氏名を記入

東海大学医学部附属八王子病院 NST 専任・専従者研修申請書

貴院において、下記のとおり研修を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

記

職種を記入：看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士、
作業療法士、言語聴覚士

1. 研修職種

2. 氏名

ご自分の氏名を記入

3. 研修日

令和 年 月 日
月 日
月 日
月 日
月 日

今回の5日間の研修日を記入

実習生・研修生受入れ調書

実習・ 研修生	氏 名	ご自分の氏名・年齢を記入
	年 齢	
	施設名	所属施設名を記入
指 導 者	受入科名	栄養サポートチーム
	担当者名	NST 専従 栄養科 広木 由香
実習研修項目	2022 年度 NST 教育認定施設 NST 専任・専従研修	
実習研修期間	今回の研修日（5日間）	
実習研修料	25,000 円（1 日 5,000 円×5 日間）	
実習研修料 請求書送付先	現住所を記入	
事務担当者		
備 考		

誓 約 書

記載日を記入 年 月 日

東海大学八王子病院
病 院 長 殿

施設名

所属施設名を記入

実習生氏名

ご自分の氏名を記入

実習日

私は 年 月 日、日、日、日に実習しますが、病院長および指導者の指示に従い、教育、研究、診療の支障になる行為は一切行いません。

記載日を記入

令和 年 月 日

東海大学医学部附属八王子病院長 殿

所属施設名を記入

施設名

(実習期間 : 実習日 202〇年〇月〇日)

〇日 . . .

氏 名 ご自分の氏名を記入

印

守秘義務に関する誓約書

私は、貴院において実習（研修）を行なうにあたり、下記事項を遵守することを誓約致します。

1. 実習（研修）中はもちろん終了後といえども、実習（研修）を遂行する過程で知り得た、全ての事項・情報を開示、漏洩し、もしくは自ら使用いたしません。
2. 実習（研修）中はもちろん終了後においても、守秘義務を厳守するため、貴院より保管を許された一切の資料及び同資料に基づき自らが作成した一切の資料を、厳重に保管することを約束し、貴院より返還を要求された場合、これらの資料及びそのコピー並びにそれらに関する一切の資料を直ちに返還いたします。
3. 万が一、私がこの誓約書に違反し、貴院に不利益を与えた場合には、貴院に対してその損害を賠償いたします。

以 上