

様式 1 (外部・2 期)

NST 専任・専従者研修

年 月 日

東海大学医学部附属八王子病院
病院長 鈴木 孝良 殿

氏名

印

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

1. 研修職種
2. 氏名
3. 研修日

年	月	日
	月	日
	月	日
	月	日
	月	日

実習生・研修生受入れ調書

実習 ・ 研 修 生	氏 名	
	年 齢	
	施設名	
指 導 者	受入科名	栄養サポートチーム
	担当者名	NST 事務局
実習研修項目	2026 年度 NST 教育認定施設 NST 専任・専従研修	
実習研修期間		
実習研修料	27,500 円 (1 日 5,500 円×5 日間)	
実習研修料 請求書送付先		
事務担当者		
備 考		

誓 約 書

年 月 日

東海大学八王子病院
病院長 鈴木 孝良 殿

施設名

実習生氏名

私は 年 月 日、日、日、月 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。

年 月 日

東海大学医学部附属八王子病院長 殿

施設名

実習期間：

氏 名

㊞

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