

年 月 日

NST 専門療法士研修申込書

研修期間	年 月 日 ~ 年 月 日
(フリガナ) 氏 名	
生年月日/性別	年 月 日 / 男 ・ 女
住 所	〒
研修者連絡先 (固定/携帯)	(/)
メールアドレス	
職 種	
勤務先 施設名・住所	〒
連絡先	Tel : Fax :

講義・研修に参加するにあたり、病院の指導を遵守するとともに基本的な態度（遅刻しない。指示されたレポートの提出期限の厳守。研修中の私語・携帯電話でのやり取り・風紀を乱す行為等。）を守り、積極的な態度で講義・研修に臨みます。

なお、研修中の事故等問題が発生した場合、当方にてすべての責任・対応を行います。

また、広島県厚生農業協同組合連合会 尾道総合病院での NST 専門療法士研修中において知り得た患者・そのご家族の情報・貴院の情報等、情報保護の観点から、関係法令・広島県厚生連コンプライアンス等に準拠し、他言しないこと、また研修終了後も同様といたします。

広島県厚生農業協同組合連合会

尾 道 総 合 病 院

病院長 田妻 進 様

研修依頼者

公印

研修者氏名

印

※研修依頼者は、施設長名にて届け出ること。