日本臨床栄養代謝学会認定

2022年度 社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院NST委員会主催

「栄養サポートチーム(NST)専門療法士」受験のための

**実地修練参加募集のご案内**

【はじめに】

　当院は、病床数1097床41診療科を標榜し、急性期から慢性期まで幅広い領域にわたる患者さんを受け入れています。NST活動は2007年１月より活動開始し、2010年5月からは「栄養サポートチーム加算」を算定しています。週4回のNST回診を中心に様々な病態に対するきめ細かい臨床栄養サポートを行っています。また、褥瘡専従看護師、感染専従看護師等と定期的にカンファレンスを開催することで医療支援チーム間の連携も積極的に行っています。

　毎年、院内・院外の関係職種の方々のご協力のもと“NST専門療法士認定受験のための実地修練”を6日間かけて行っています。筑後地区を中心として実地修練に関するお問い合わせを多くいただいております現状を鑑み、本年度も新型コロナ感染対策を考慮し定員は少人数となりますが、実地修練を開催することと致しました。募集人数や修練中の使用施設などの面では決して充分とは言えませんが、研修内容は充実した実地修練を行いたいと考えています。参加をご希望される方は奮ってご応募下さい。

　　　　　　　　　　　　社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院　NST委員会委員長

　　　　　　　　　　　　日本臨床栄養代謝学会　代議員・学術評議員・認定指導医

　　　　　　　　　　　　　　安全管理室　室長　朝川　貴博

**募 集 要 項**

\*実地修練期間：2022年9月26，27，28日および10月3，４,　5日の計6日間

\*募集期間：2022年8月10日より8月31日（必着）

\*実地修練費：33,000円（税込み）

募集期間に「実地修練申し込み書類一式」を聖マリア病院　聖マリア教育・研修センター事務室「NST専門療法士実地修練係」宛にご提出ください。

書類審査の上、受け入れの可否を通知いたします。

審査の結果、受け入れをお断りする場合は、申し込み用紙等につきましては個人情報に留意のうえ、当院にて処理させていただきますので返却はいたしません。

40時間すべての実地修練カリキュラム終了後、日本臨床栄養代謝学会による書類審査を経て「臨床実地修練修了証」が発行されます。また欠席された場合の補講などは実施いたしません。

実地修練初日に実地修練費を納めていただきますが、一旦支払われた実地修練費はいかなる理由があっても返金いたしません。

今後の新型コロナウイルスの感染状況によっては、受け入れ中止となることもありますので

ご了承下さい。

【実地修練申し込み書類一式】

　１．実施修練申し込み書類確認票

　２．NST専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練申込書

　３．個人情報等の保護に関する誓約書

　４．貴施設からの実地修練依頼の公文書（貴施設長より当院病院長宛に公印が押された依頼状）

　　　※聖マリア病院からの応募者は所属長の推薦状

　５．日本臨床栄養代謝学会主催のNST専門療法士受験必須セミナー修了書の写し

　６．日本臨床栄養代謝学会学術集会の参加証の写し

【書類送付宛先】

　〒830-8543　福岡県久留米市津福本町422

　　社会医療法人雪の聖母会　聖マリア病院　聖マリア教育・研修センター事務室

　 「NST専門療法士実地修練係」宛

【その他実地修練に関わる問い合わせ先】

社会医療法人雪の聖母会　聖マリア病院　NST事務局　深見

E-mail：[m.fukami@st-mary-med.or.jp](mailto:m.fukami@st-mary-med.or.jp)

※回診業務の妨げとなりますので、直接のお電話はご遠慮ください。

**日本臨床栄養代謝学会認定**

**栄養サポートチーム（NST）専門療法士実地修練申し込み書類確認票**

※実地修練申込者氏名：

□実地修練申し込み書類確認票（本紙）

□NST専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練申込書

□個人情報等の保護に関する誓約書

□施設からの実施修練依頼状（公印有）

　　※聖マリア病院職員は所属長の推薦状

□日本臨床栄養代謝学会主催のNST専門療法士受験必須セミナー修了書の写し

□日本臨床栄養学会学術集会の参加証の写し

申し込み書類の不備がないか☑をいれて確認してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請番号（事務局記載欄） | 受付日 |
| - - - |  |

【様式 ⑤】

**一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会**

**NST専門療法士認定制度 認定教育施設 臨床実地修練申込書**

申請日：２０　　年　　　月　　　日

認定教育施設名：　社会医療法人　雪の聖母会　聖マリア病院

施　　設　　長：　谷口　雅彦　　　　　　　殿

このたび、貴施設で実施される栄養サポートチーム（NST）専門療法士認定制度 認定教育施設

臨床実地修練に申込みいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | |  |  |  |  |  |  |
| 申請者氏名 | |  | | | | ㊞ | |  |  |  |  |
| 生年月日（西暦） | | 年 月 日生 | | | | 性　　別 | | 男 ・ 女 | | | |
| 職種 | |  | | | |  |  |  |  |  |  |
| 学会会員 | | 会員 ・ 非会員 | | | 会員の方は会員番号 | | | Ｎ | | | |
| NST専門療法士受験必須セミナー受講歴  （受講歴のある方のみ記載） | | | | （西暦） 年 | | | | | 第 回 | 受講 | |
| NST専門療法士受験申請予定 | | | | （西暦） 年予定 | | | | |  |  |  |
| 所属施設 |  | | | | | | | | | |  |
| 所属部署 |  | | | | | | | | | |  |
| 所属住所 | 〒 - | |  | | | | | | | |  |
| TEL： - - （内線） | | | | | | FAX： - - | | | |  |
| 自宅住所 | 〒 - | |  | | | | | | | |  |
| 携帯番号 | TEL： - - | | | | | | | | | |  |
| E-mailアドレス | @ | | | | | | | | | |  |
| 備考 |  | | | | | | | | | |  |

**この申込書は認定教育施設宛にご送付ください。**

※本申込書に記載された内容は、NST専門療法士認定制度　認定教育施設　臨床実地修練の目的以外には使用いたしません。

**日本臨床栄養代謝学術学会認定**

**個人情報等の保護に関する誓約書**

社会医療法人雪の聖母会　聖マリア病院

病院長　　谷口　雅彦　殿

私は貴院に対し、個人情報等の保護について以下の事項を厳守することを誓約いたします。

私は、貴院の栄養サポートチーム(NST)専門療法士受験のための実地修練中に知りえた患者、利用者、病院職員その他の者についての個人情報ならびに貴院取引業者情報を、実地修練期間はもとより実地修練終了後においても、故意又は過失により第三者に漏洩したり、貴院の承諾を得ずに使用したりいたしません。

西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

署名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

※実地修練依頼の公文書の例文

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2022年　 月　 日

社会医療法人雪の聖母会

聖マリア病院

病院長　　谷口　雅彦　 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○○病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　院長　○○　○○　　 印

NST専門療法士受験のための実地修練への参加について（依頼）

拝啓　時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

　　さて、社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院にて、2022年9月26日より6日間開催されます「NST専門療法士受験のための実地修練」について、下記看護師○○○○を参加させたく、ご配慮の程宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

　１．応募者氏名　　○○　○○