別添２－１

臨床実地修練受け入れ依頼書

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪国際がんセンター

総　　長　　　　　松　浦　　成　昭　　様

貴院の一般社団法人日本栄養治療学会「栄養サポートチーム専門療法士」認定規則に基づく臨床実地修練の受け入りを願いたく申請いたします。

西暦　　　　年　　　月　　　日

施設名：

施設長：　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　㊞

（記名・公印）

申請者氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）　㊞

現住所：　〒

　　　　　　　TEL

勤務先・所属：　〒

　　　　　　　TEL

職種　：　□看護師　　　□薬剤師　　□管理栄養士　　□臨床検査技師

　　　　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）