

特別医療法人社団時正会
佐々総合病院
院長 竹内 俊二 宛

平成 年 月 日

NST 専門療法士 研修申込書

ふりがな	
氏名	(男 ・ 女)
生年月日	昭 ・ 平 年 月 日 (歳)
施設名	
所属部署	部 (職種)
経験年数	年 (NSTとしての活動年数 年)
連絡先 (自宅 ・ 職場)	〒 -
TEL/FAX	TEL /FAX
E-Mail	
研修の意気込み 及び NST にかける思い	

申し込み先:

〒188-0011 東京都西東京市田無町 4-24-15

特別医療法人社団時正会 佐々総合病院

中西 陽一

(FAX:042-461-5799)