

## N S T 実地修練 (40時間) のお知らせ

(栄養サポートチーム (NST) 加算算定のための実地修練修了証

兼NST専門療法士認定教育施設実地修練修了証)

- 1、研修のお申し込みは、当病院の院長宛にお願いします。  
詳細（所属 氏名 期間）を明記して下さい。  
質問等に関しては栄養管理室（内2000）へご連絡下さい。  
※添付資料の申込書と誓約書に記載の上、郵送にてお申し込み下さい。
- 2、料金は一律20,000円です。回診カンファレンス初日にお支払い下さい。  
領収書を発行します。
- 3、研修内容は、以下の①と②を合わせてN S T 研修40時間と致します。  
①N S T 回診カンファレンス（10回 30時間）  
火曜日14時00分～17時00分（外科）と  
木曜日14時00分～17時00分（内科）  
毎週行っております。10回以上参加下さい。  
②N S T 研修会座学（12時間）です。※2日間必須です。  
次回開催は、2019年6月1日（土）と6月8日（土）  
（2日間1セット）になっております。

場所①N S T 回診 集合場所 栄養管理室（地下1階）白衣、シューズ等をお持ち下さい。

②N S T 研修会座学（12時間）集合場所 各日とも別館2階大会議室

JCHO 群馬中央病院 N S T 委員会

TEL 027-221-8165 (内2000) 品川・塚越

FAX 027-224-1415

E-mail eiyou@gunma.jcho.go.jp

〒371-0025 前橋市紅雲町1-7-13

申し込み日 年 月 日

## NST実地修練(40時間)申込書

(栄養サポートチーム(NST)加算算定のための実地修練修了証  
兼NST専門療法士認定教育施設実地修練修了証)

ふりがな	
氏名	(男・女)
生年月日(年齢)	西暦 年 月 日 (満) 才
電話番号(連絡先)	
PCメールアドレス	
受講目的 どちらかお選び下さい	<input type="checkbox"/> 栄養サポートチーム(NST)加算算定のための実地修練修了証取得 <input type="checkbox"/> NST専門療法士認定教育施設実地修練修了証 (日本静脈経腸栄養学会認定)
職種	
施設名	
所属部署	
役職	
病院勤務年数 (全職歴を含む)	
NST活動年数	年
所属施設所在地	〒  ( ☎ )

# NST回診時間+カンファレンス30時間カリキュラム(10回受講)

病院名

所属

氏名

毎週火曜日

毎週木曜日

/
印

14:00~17:00 NST回診(2時間)  
カンファレンス(1時間)

/
印

14:00~17:00 NST回診(2時間)  
カンファレンス(1時間)

/
印

14:00~17:00 NST回診(2時間)  
カンファレンス(1時間)

/
印

14:00~17:00 NST回診(2時間)  
カンファレンス(1時間)

/
印

14:00~17:00 NST回診(2時間)  
カンファレンス(1時間)

/
印

14:00~17:00 NST回診(2時間)  
カンファレンス(1時間)

/
印

14:00~17:00 NST回診(2時間)  
カンファレンス(1時間)

/
印

14:00~17:00 NST回診(2時間)  
カンファレンス(1時間)

/
印

14:00~17:00 NST回診(2時間)  
カンファレンス(1時間)

/
印

14:00~17:00 NST回診(2時間)  
カンファレンス(1時間)

実施修練認定教育施設 (10310220番号) 地域医療機能推進機構 群馬中央病院 代表 内藤 浩

合計(時間)	講義2日	(回診10日	カンファレンス)
42	12	20	10

## 研修内容(座学)

- ① ・栄養障害例の抽出・早期対応(スクリーニング法)
- ② ・栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導
- ③ ・経静脈栄養剤の側管投与方法・薬剤配合変化の指摘
- ④ ・経静脈輸液適正調剤法の取得
- ⑤ ・経静脈栄養のプランニングとモニタリング
- ⑥ ・経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導
- ⑦ ・経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング
- ⑧ ・簡易懸濁法の実施と有用性の理解
- ⑨ ・栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応
- ⑩ ・栄養療法に関する問題点・リスクの抽出
- ⑪ ・栄養管理についての患者・家族への説明・指導
- ⑫ ・在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導
- ⑬ ・口腔ケアと摂食嚥下の栄養管理法



# 修了証

前橋 栄子 殿

貴殿は日本静脈経腸栄養学会  
「栄養サポートチーム専門療法士」  
認定規定に基づく40時間の  
臨床実地修練を修了したことを  
証明します。

2018年 6月 26日

日本静脈経腸栄養学会実地修練認定教育施設

施設番号10310220

地域医療機能推進機構 群馬中央病院

病院長 内藤 浩



年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

群馬中央病院

院長 内藤浩

施設名

研修者 氏名

㊞

住所

電話

### 誓 約 書

私は、貴院においてNST業務に関する研修を受けるに当たり、以下の事項を遵守することを誓約します。

#### 記

1. 貴院の規則に従い、貴院・患者その他関係者様に一切迷惑をかけないこと。
2. 機密保持に関する次の遵守事項を了知しこれを遵守すること。
  - イ.研修中に知り得た情報(個人情報含む)を第三者に開示もしくは漏洩しないこと。
  - ロ.研修修了後においても上記を遵守すること。
3. 私の故意、重大な過失または遵守事項違反により貴院に損害が生じたときは、その損害を賠償すること。
4. 通勤中に事故が生じたときは、自己で解決し貴院に迷惑をかけないこと。
5. 私が次の事項のいずれかに該当し、貴院が研修を中止すると認めたときは、正当な事由がない限りこれに従うこと。
  - イ.貴院の諸規則に違反した場合。
  - ロ.機密保持に関し問題が生じた場合。
  - ハ.研修中の態度不良などにより初期の目的を果たし得ないと認めた場合。
  - ニ.負傷または疾病により研修を続けることができないと認めた場合。
  - ホ.貴院との間に解決しがたい問題が生じた場合。

以上