※受講研修会の情報をご記入ください。また、印字された情報に変更がある場合、変更欄にてご訂正ください。

**様式２**

　　　－

（※日精協事務局記入欄）

　日本精神科医学会　認定栄養士「更新」申請書類

受講記録書

|  |  |
| --- | --- |
| 認定栄養士番号： |  |
| 氏　　　　　名： |  |
| 保険医療機関名： |  |

私は「認定栄養士」認定期間に下記の研修会を受講いたしました。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 出席した  ものに☑ | 研修会名 | 受講年月日 | 研修会の開催地 （都道府県名） |
| □ | 日本精神科医学会　学術大会 | 年 月 日 |  |
| □ | 日本精神科医学会　学術教育研修会  「栄養士部門」 | 年 月 日 |  |
| □ | 日本精神科医学会　認定栄養士研修会 | 年 月 日 |  |
| □ | 全国精神科栄養士研修会  （一般社団法人 全国精神科栄養士協会 主催） | 年 月 日 |  |

* 更新の対象となる研修会は、2020（令和2）年度以降に開催された研修会です。
* 同じ研修会に毎年出席したなど複数回の場合、最新の日付を記載してください。
* 受講時と現在の所属先が異なる場合は、受講時の所属先を記入してください。

⇒　受講時の保険医療機関名：