

※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：_____