

事務局欄	会長	栄養CS委員長	取扱者

(様式6号)

栄養指導等依頼書

平成 年 月 日

(公社)長崎県栄養士会

ながさき栄養ケア・ステーションあて

(依頼者)

名称(団体名)

印

担当者名

〒

住所(所在地)

電話番号

FAX

E-mail(パソコン)

下記により、管理栄養士・栄養士に栄養指導等を依頼いたします。

行事名			
開催日時	平成 年 月 日 ()	又は、毎週	曜日
	午前 ・ 午後	時 分 ~	時 分
場 所			
業務内容	(テーマ)		
	(具体的に)		
対 象		人 数	人程度
依頼人数 (*調理実習は原則2名)	管理栄養士 () 人 ・ 栄養士 () 人 ・ どちらでも可 () 人		
謝 金 等	時 給	円	日 給
	講演料	円	交通費 有 () 円 ・ 無
交通手段	自家用車 可 ・ 不可 (駐車場無)		
その他 特記事項	事務局欄	() 健康づくり・食育	
		() 病態栄養指導	
		() 高齢者介護支援	
		() 特定保健指導	

*提出先 (公社)長崎県栄養士会ながさき栄養ケア・ステーション事務局(電話 095-822-0932、FAX095-820-3453)

*プログラムなど参考資料があれば添付してください。

(H22.10.01 改正)