

事務局欄	会長	栄養CS委員長	取扱者

(様式7号)

栄養指導等依頼書

令和 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	令和 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 円
	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。

(H27.2.21改正)