

業務依頼書

申請日 年 月 日

(公社)長崎県栄養士会 栄養ケアステーション宛
(Tel:095-822-0932) (Fax:095-820-3453)

依頼元			
担当者		住所	〒
TEL			
FAX			
E-mail			

	診療報酬・介護報酬関連	その他 (事業名をお書き下さい)	
依頼内容	【診療報酬】 <input type="checkbox"/> 外来栄養食事指導2 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問栄養食事指導2 【介護報酬】 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 栄養管理体制 (認知症GH)	事業名	
		<input type="checkbox"/> 総合事業 (短期集中訪問栄養指導) <input type="checkbox"/> 特定保健指導 (初回面接・その他) <input type="checkbox"/> 講師派遣： <input type="checkbox"/> 講演のみ (時間) <input type="checkbox"/> 講話のみ (時間) <input type="checkbox"/> 調理実習あり (時間) <input type="checkbox"/> 献立作成： <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 給食施設 <input type="checkbox"/> 外食 栄養成分表示指導 <input type="checkbox"/> メニュー開発指導 <input type="checkbox"/> 食品栄養成分表示 <input type="checkbox"/> 食事診断 <input type="checkbox"/> 原稿執筆 <input type="checkbox"/> その他 ()	
希望日・期間	<input type="checkbox"/> 年 月 日 (時～ 時) <input type="checkbox"/> 毎週 曜日 月に 回 (時～ 時) <input type="checkbox"/> 毎月 回 (時～ 時)		
【実施場所】 住所	〒		
施設名・対象者名			
対象人数	人(対象年齢 歳～ 歳代)		
依頼人数	名 (管理栄養士 ・ 栄養士 ・ どちらでも)		
謝金	円 ※料金表参照		
交通手段	自家用車：可 <input type="checkbox"/> (駐車場 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 公共交通機関		
上記事業の趣旨や講師の希望等(ある場合)			

処理欄 ※こちらには何も記入しないでください	受付番号			
	受理日	年 月 日	受理担当者	
	担当依頼日	年 月 日	実施担当者	
	特記事項			