

公益社団法人愛媛県栄養士会

# 栄養ケア・ステーション マニュアル

公益社団法人 愛媛県栄養士会

## 第1章

### 栄養ケア・ステーション事業実施要綱

#### 1-1 事業目的

我が国では、生活習慣病の予備軍が年々増加傾向にある一方、急速に高齢化が進展する等、食に関する様々な問題が生じている。国においては、『新健康フロンティア戦略』及び『健康日本21』において、生活習慣病対策の推進と健康寿命延伸の推進施策を展開することとしている。

このような状況を踏まえ、愛媛県栄養士会においては、県民の健康づくりを積極的に推進するため、生活習慣病の予防及び介護予防の目的として、「愛媛県栄養士会栄養ケア・ステーション」（以下、「栄養ケア・ステーション」という。）を開設し、そこを拠点として、登録管理栄養士・栄養士の資質向上を図るとともに、県民に信頼される栄養士会活動を展覧する。

#### 1-2 事業実施主体

事業実施主体は、(公社)愛媛県栄養士会とする。

#### 1-3 事業の連携

関係機関・団体等と連携し、事業を推進する。

#### 1-4 業務内容

- (1) 管理栄養士、栄養士の人材登録と人材育成
- (2) 登録管理栄養士、栄養士への情報提供
- (3) 指定業務
  - ① 栄養相談
  - ② 特定保健指導
  - ③ セミナー。研修会への講師派遣
  - ④ 健康・栄養関連の情報、専門的知見に基づく成果物（献立など）などの提供
  - ⑤ スポーツ栄養に関する指導・相談
  - ⑥ 料理教室、栄養教室の企画・運営
  - ⑦ 診療報酬・介護報酬にかかる栄養食事指導とこれに関連する業務
  - ⑧ 上記以外の病院・診療所などの医療機関と連携した栄養食事指導
  - ⑨ 訪問栄養食事指導
  - ⑩ 食品・栄養成分表示に関する指導・相談
  - ⑪ 地域包括ケアシステムにかかる事業関連業務
- (4) ホームページ等による普及啓発活動
- (5) 認定栄養ケア・ステーション事業
- (6) その他、栄養ケア・ステーションの必要と認めた事業
  2. 前項に定めた事業は、その実施地域を愛媛県とする。
  3. 他都道府県と関連するものは、関連都道府県と協働する。

附則

この要綱は、令和4年9月16日から施行する。

## 第2章

### 栄養ケア・ステーション事業実施規程

栄養ケア・ステーションにかかる事業は、次により実施する

1. 栄養ケア・ステーションへの人材登録
  - (1) 登録希望者は人材登録カードを作成し提出する。
  - (2) 本会と登録管理栄養士・栄養士との間で、「業務委託基本契約書」(様式2)と個人情報取扱注意事項に基づき、「個人情報の取扱いに関する同意書」(様式3)を交わす。
  - (3) 登録後は、研修会等の受講をしてスキルアップを図る。また登録内容に変更が生じた場合は、速やかに届け出る。
2. 栄養ケア・ステーションの解説と利用目的、利用方法について関係団体に周知する。
3. 情報提供から事業完了までの流れ
  - ① 業務を依頼したい市町村、企業、施設、医療機関などは、公益社団法人愛媛県栄養士会会長に業務依頼書(様式4)を提出する。
  - ② 栄養ケア・ステーション登録内容に基づき、担当管理栄養士・栄養士(以下「担当者」という)を決定する。
  - ③ 栄養ケア・ステーションより、依頼先に業務承諾書(様式5)を送付する。
  - ④ 栄養ケア・ステーションは、担当者に業務依頼(様式6)を送信する。
  - ⑤ 栄養ケア・ステーション及び担当者は依頼先と連絡し、業務実施に必要な情報を収集する。
  - ⑥ 担当者は、事業終了後は速やかに実施報告書(様式7)を提出する。
4. 報酬
  - ① 栄養ケア・ステーション依頼条件に基づき、依頼先と公益社団法人愛媛県栄養士会の間で、(別紙1)に定める基本金額を基に報酬額を決める。
  - ② 必要な旅費は公共機関を使用するものとしての実費とし、必要に応じて依頼先と公益社団法人愛媛県栄養士会が協議する。
  - ③ 事業終了後、依頼先に請求する。そして入金があった後、担当した担当者に報酬を振り込む。

(様式1)

人材登録カード (栄養ケア・ステーション)

記録日 令和 年 月 日

正会員番号				所属支部名				所属協会名																																																
ふりがな 氏名				性別		生年 月日		(西暦) 年 月 日																																																
住 所				TEL																																																				
				FAX																																																				
				e-mail																																																				
最寄駅等		<input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 鉄道		線 線		停留所 駅		自家用車 での移動		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可																																														
勤務先住所				勤務先名																																																				
				部署名																																																				
				TEL																																																				
				FAX																																																				
栄養士免許番号				希望活動業務 (複数回答可)																																																				
栄養士 都道 第 号 府県				<input type="checkbox"/> 特定保健指導 <input type="checkbox"/> 一般栄養指導 <input type="checkbox"/> 病態別栄養指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input type="checkbox"/> 嚥下・介護食・高齢者低栄養予防 <input type="checkbox"/> 講演・講座等の講師 <input type="checkbox"/> 調理実習 <input type="checkbox"/> 食育活動 <input type="checkbox"/> 栄養ケア・マネジメント <input type="checkbox"/> 献立作成 ( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 病態別 ) <input type="checkbox"/> 栄養価計算 <input type="checkbox"/> パソコンデータ入力・分析 その他 (                                      )																																																				
管理栄養士 第 号				活動が可能な支部 (複数回答可)				<input type="checkbox"/> 西条 <input type="checkbox"/> 今治 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 八幡浜 <input type="checkbox"/> 宇和島																																																
その他 資格 <input type="checkbox"/> 日本糖尿病療養指導士 <input type="checkbox"/> 愛媛糖尿病療養指導士 <input type="checkbox"/> NSTコーディネーター <input type="checkbox"/> NST専門療法士(栄養士) <input type="checkbox"/> 病態栄養専門師 <input type="checkbox"/> 特定保健指導担当管理栄養士 <input type="checkbox"/> 公認スポーツ栄養士 <input type="checkbox"/> 産業栄養指導者 <input type="checkbox"/> 栄養教諭 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 介護食士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> NR (栄養情報担当者) <input type="checkbox"/> サプリメントアドバイザー <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 <input type="checkbox"/> ヘルスマスター・トレーナー <input type="checkbox"/> ヘルスマスター・リーダー <input type="checkbox"/> ベジタブル&フルーツマイスター その他 (                                      )																																																								
研修履歴				研修日等				希望活動時間帯																																																
特定保健指導				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 平成                                      年度				活動が可能な箇所に○印をご記入ください																																																
生涯学習受講				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				<table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> <td>祝</td> </tr> <tr> <td>終日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 備考 (                                      )					月	火	水	木	金	土	日	祝	終日									午前									午後									夜間								
	月	火	水	木	金	土	日	祝																																																
終日																																																								
午前																																																								
午後																																																								
夜間																																																								
栄養士職歴																																																								
NO	区分	勤続年数	従事内容																																																					
1	医療・学校・勤労・研究・公衛・地活・福祉	年																																																						
2	医療・学校・勤労・研究・公衛・地活・福祉	年																																																						
3	医療・学校・勤労・研究・公衛・地活・福祉	年																																																						
4	医療・学校・勤労・研究・公衛・地活・福祉	年																																																						
5	医療・学校・勤労・研究・公衛・地活・福祉	年																																																						
合計		年																																																						
メモ				契約日 (CS記入欄)				※ お願い ※ 可能な方は、振込手数料を軽減するため、ゆうちょ銀行 or 伊予銀行 のご登録をお願いいたします																																																

(様式2)

## 愛媛県栄養士会栄養ケア・ステーション業務委託基本契約書

公益社団法人愛媛県栄養士会（以下「甲」という）と\_\_\_\_\_（以下「乙」という）とは、高齢者の

医療の確保に関する法律（昭和57年8月17日法律第80号）第24条、同第28条に基づく特定保健指導の実施委託（受託）および甲の行う栄養ケア・ステーション事業に関し、次のとおり業務委託基本契約（以下「本契約」という）を締結する。

（基本事項）

第1条 甲が受託した業務の一部を乙に委託し、乙は、これを受託する。

（委託業務）

第2条 甲が乙に委託する業務は次のとおりとする。

（1）特定保健指導に関する業務

（2）（1）以外の食生活指導に関する業務

（3）（1）、（2）以外でこれらに準じまたは関連する業務

（4）その他、（1）～（3）に付随して発生する連絡、記録、報告書作成および事務業務 2. 乙は、甲の運営方針、手順書および、指定する様式に従って前項の委託業務を行うものとする。

（個別契約）

第3条 本契約の規定は、別段の定めのない限り、本契約に基づき甲乙が協議して締結する個々の業務委託個別契約

（以下「個別契約」という）とする。

2. 個別契約には、依頼年月日、依頼内容、場所、日程その他の依頼業務の条件及び報酬の額とその支払い方法等を定めなければならない。

3. 個別契約は甲より、前項の依頼内容を記入した甲指定の依頼書等を乙が受領することにより成立する。

4. 依頼書等の交付は、電子メール、ファクシミリ、その他甲乙で定める簡易な方法をもって行う。

5. 個別契約の内容を変更する必要がある場合は、甲乙協議の上、変更した内容を依頼書に改めて記入する。

（報酬）

第4条 委託業務に係る報酬の額は、事業実施規程に定めるところによる。

2. 報酬は、当月分を、翌月25日までに乙が指定する金融機関の預金口座に振り込むことによって支払う。

（旅費交通費）

第5条 乙が委託業務を行うために支出した旅費交通費については、甲の認める範囲で、前項の報酬規定に準じて乙に支払う。

（秘密保持）

第6条 乙は、委託業務に関連して知りえた保健指導対象者情報、甲の運営に関する情報等を、甲の承諾なしに第三者に漏らしてはならない。

2. 乙は、甲の承諾なくデータおよび書類等の複製を行ってはならない。

3. 前項の定めは、本契約解除後についても同様とする。

(個人情報保護)

第7条 乙は、この契約による業務を実施するにあたり、関係法令を遵守することに加え、別紙個人情報取扱注意事項を遵守しなければならない。

(再委託の禁止)

第8条 乙は、委託業務を第三者に再委託してはならない。ただし、事前に甲に通知し承諾を得た場合はこの限りでない。

(損害賠償)

第9条 乙は、その責に帰すべき事由により委託業務に関連して甲または第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(委託期間)

第10条 本契約の有効期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。ただし、終了の1カ月前までに甲または乙のいずれかが相手方に対し期間を延長しないことを通知しない限り、自動的に1年間延長されるものとし、以後も同様とする。

(契約の解除)

第11条 甲または乙は、前項の定めにかかわらず1カ月以上前に書面で相手方に通知することにより、本契約を解除することができる。

(傷害保険)

第12条 本契約に基づく委託業務の安全な遂行を確保するため、甲は乙に所要の傷害保険に加入することを推奨する。

2. 乙が前項の保険に加入することを希望するときは、甲は適切と思われる傷害保険商品を乙に紹介する。

(協議)

第13条 本契約に定めのない事項については、甲乙協議のうえ定める。本契約を証するため、本書2通を作成し、甲乙各1通を保有する。

令和 年 月 日

甲：住 所

法人名

代表者名

印

乙：住 所

氏 名

印

(様式3)

## 個人情報の取扱に関する同意書

公益社団法人 愛媛県栄養士会 栄養ケア・ステーション 御中

私は、下記内容を熟読し、理解した上で同意します。

### 記

#### 1. 従業員等による法令等の遵守

- (1) 法令等の遵守：私は、栄養CSの業務に関して、個人情報（従業員等の個人情報を含む。）の取得（収集を含む。）、利用、提供、預託、その他の取扱を行う場合には、個人情報保護法その他の法令、および個人情報保護規程その他の栄養CS規程を遵守します。
- (2) 雇用契約終了後の取扱い：私は、雇用契約終了時又は、栄養CSの業務に関する個人情報を含む資料、記憶媒体等を栄養CSに返却し、または、栄養CSの指示に基づき廃棄します。また、在職中に知り得た個人情報については、雇用契約終了後においても、上記(1)記載の法令または栄養CS規程に違反するであろう行為を行いません。
- (3) 法令（規定）に違反時の賠償金：私は、(1)記載の法令または栄養CS規定に違反し、栄養CSに損害を与えた場合、法令の定められた罰金および損害金について支払います。

#### 2. 栄養CSによる従業員等に関する個人情報の取扱いについて

- (1) 利用目的：私は、栄養CSが私に関する個人情報を下記の利用目的に必要な範囲で取り扱うことに同意します。
  - i 人事管理：就業規則・労働協約等に定める人事に関する事項（採用、出向等を含む。）、移籍、組織体制の企画立案、昇給・昇格等の評価、退職金等の支給管理、人事施策の企画立案・分析、人材活用・育成制度に定める事項の実施、従業員教育、育成計画の作成、自己啓発支援、人的リソースの最適配置・配分、特許等知的財産権に関する管理および対応の支払い、等
  - ii 勤務管理：法令、就業規則、労働協約等に定める労働時間に関する管理事項の実施、勤務状況の管理、等
  - iii 給与・賞与等管理：社員賃金規程等に定める給与・賞与等支給に関する事項の実施、給与処遇施策の企画立案・分析、等
  - iv 福利厚生：栄養CS福利厚生制度の実施管理および企画立案・分析、各種サービスの紹介・提供、給与控除の実施、等
  - v 健康管理：法定健康診断、心身健康かつ安全な就業状態の維持確保のための施策実施および企画立案・分析、事業者として実施すべき安全配慮義務の履行と就業上の措置決定、等
  - vi 安全管理：入出門およびシステムへのアクセス権限管理等セキュリティに関する事項、等
  - vii 業務管理等：業務分担に関する事項、議事録、報告書等の作成、記録保存、等
  - viii 取引先への対応：商談、交渉、業務連絡、契約履行、等
  - ix 顧客（候補を含む。）への対応：問い合わせ、相談、等
  - x 官公庁等への対応：届出、出願、登録、許認可取得、報告等法令または取引所規則に定める手続きの準備、実行、および相談、意見交換、等  
業界団体等への対応：委員の選任、派遣、意見交換、等 苦情、紛争等に関する対応 下記(2)に定める個人データの第三者への提供、等
- (2) 第三者提供等：私は、栄養CSが、私に関する個人データを、上記(1)に記載した利用目的の達成のために必要な範囲で、当該利用目的に係る以下の第三者に預託または提供することに同意します。
  - i 提供先：愛媛県栄養士会
- (3) 法令許容行為：私は、個人情報保護法その他の法令により許容されている場合には、栄養CSがあらかじめ私の同意を得ることなく私に関する個人情報につき上記と異なる取扱いをすることがあることに同意します。

以上

令和 年 月 日

(氏名)

印



## 基本契約書

### 個人情報取扱注意事項

#### 1 基本的事項

乙及び実施機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、この契約による業務の実施に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなければならない。

#### 2 秘密の保持

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知ることができた個人情報をみだりに他人に知らせてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

#### 3 収集の制限

- (1) 乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するために個人情報を収集するときは、業務の目的を明確にするとともに、業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。
- (2) 乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するために個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならない。

#### 4 利用及び提供の制限

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を契約の目的以外の目的のために利用し、又は第三者には提供してはならない。

#### 5 適性管理

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報の漏洩、滅失及びき損の防止その他の個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

#### 6 再委託の禁止

乙及び実施機関は、この契約による業務を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならない。ただし、乙及び実施機関が、健診・保健指導機関に関する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

#### 7 資料等の返還等

乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するために甲から引き渡され、又は乙及び実施機関自らが収集し、若しくは作成した 個人情報が記録された資料等は、業務完了後直ちに甲に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、甲が別に指示したときは、その指示にしたがうものとする。

#### 8 従事者への周知

乙及び実施機関は、この契約による業務に従事している者に対して、在職中及び退職後において、その業務に関して知ることのできた個人情報を他に漏らしてはならないこと及び契約の目的以外の目的に使用してはならないことなど、個人情報の保護に関し必要な事項を周知するものとする。

#### 9 実地調査

甲は、必要があると認めるときは、乙及び実施機関がこの契約による業務の執行に当たり取り扱っている個人情報の状況について、随時実地に調査することができる。

#### 10 事故報告

乙及び実施機関は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従うものとする。

(様式4) 愛媛県栄養士会栄養ケア・ステーション業務依頼書

(公社) 愛媛県栄養士会会長宛

送付先 FAX 089-946-0702

申請日 令和 年 月 日  
 依頼者名 \_\_\_\_\_  
 担当者名 \_\_\_\_\_  
 〒 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 担当者携帯番号 \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

下記により管理栄養士・栄養士に業務を依頼いたします。

依頼事業名			
依頼内容  (依頼箇所 ○印とレ点を付 けてください)	1. 栄養指導	指導対象者	
	2. 特定保健指導	指導対象人数	人
	3. 講演等 - 演題又は内容 - 「 _____ 」		
	4. 調理指導 (実習・審査) 「テーマ _____ 」		
	5. 健康普及活動 (食事相談・ブース展示等)		
	6. 栄養価計算 ( <input type="checkbox"/> 1品 <input type="checkbox"/> 1メニュー <input type="checkbox"/> 1日分 <input type="checkbox"/> 1週間分 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )		
	7. その他 ( _____ )		
項目  (該当箇所 ○印とレ点を付 けてください)	1. 個人 ( <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 予備群 ) に対する病態栄養食事指導 (内容 _____ )		
	2. 生活習慣病予防に関する内容 ( _____ )		
	3. 介護支援 ( <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> その他 )		
	4. 食育支援 ( <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中高生 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )		
依頼日時	令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( ) 又は 毎週 曜日、 月 回 午前・午後 時 ~ 時		
派遣依頼人数	<input type="checkbox"/> 管理栄養士 ( 人 ) <input type="checkbox"/> 栄養士 ( 人 ) <input type="checkbox"/> どちらでもよい ( 人 )		
実施場所			
条件	講師謝金 _____ 円	交通費 _____ 円	
交通手段	自家用車 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (駐車場無)		
上記事業の趣旨や 講師の希望等 (ある場合)			
栄養士会  記入欄		受託日	担当者氏名
	栄養士会	令和 年 月 日	
	C.S担当者	令和 年 月 日	
	愛媛県栄養士会会長	令和 年 月 日	
	実施担当者	令和 年 月 日	
特記事項			

## 愛媛県栄養士会栄養ケア・ステーション業務 基本金額

平成 30 年 3 月 1 日改定

## 《見積り例》

申込事務手数料 12,000 円 + 個人栄養指導 5 名 25,000 円 + 交通費（市内電車往復）320 円 = 37,320 円  
尚、申込日より実施までの期間が 3 か月未満の場合は、申込事務手数料 + 謝金基本料は 2 割増しになる。

- 申込事務手数料・・・12,000 円/回
- 交通費・・・実費請求（公共機関を利用）
- 謝金基本料・・・下記のとおり 価格の基準（最低金額）は、栄養士経験 20 年未満の者とし、価格幅は、下記を基準とする。

価格基準（報酬額基準）但し、公的機関の場合は、依頼元の金額に準ずる。

項目	価格	備考
<b>栄養相談</b>		
・ 個人栄養食事指導	10,000 円/日 + 3,000 円/人	・ 指導時間は、1 件あたり 30 分とします。
・ 訪問栄養食事指導	10,000 円/日 + 8,000 円/人	・ 指導時間は、1 件あたり 30 分とします。
・ 集団栄養食事指導	45,000 円/回～	・ 指導時間は、1 件あたり 45 分とします。
<b>講師料（最低価格基準；20 年未満の経験年数者派遣の場合）</b>		
・ 講演	30,000 円～60,000 円/回	・ 1 時間/回単位
・ 授業（学校または調理実習と同時の場合）	10,000 円～20,000 円/回	・ 60 分/回単位
・ 調理実習（指導者 1 名 + 補助者 1 名）	45,000 円～90,000 円/回	・ 3 時間以内/回単位 調理実習の材料費は別途
<b>献立作成技術料</b>		
・ 一般食（病院、施設他）	35,000 円～/食種/週間	
・ 病態別（病院、施設他）	155,000 円～/食種/月	
<b>栄養価算定</b>	5,000 円～/食	・ アドバイス(15 分) 代含む
<b>原稿料</b>	5,000 円～/枚（400 字/枚）	・ A4 版 1 枚程度とする。 ・ 1 写真、1 図表等は各 200 文字に換算。
<b>特定保健指導</b>		
・ 動機付け支援	別途相談	・ 20 分/人/回
・ 積極的支援	別途相談	・ 30 分/人/回

介護施設・医療施設 10,000 円（2 時間以内/回） 延長料金 30 分毎に 5,000 円

在宅・居宅個別指導 5,000 円（1 時間以内/回） 延長なし

(様式5)

令和 年 月 日

様

公益社団法人愛媛県栄養士会  
会長 利光 久美子

## 愛媛県栄養士会栄養ケア・ステーション業務承諾書

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、ご依頼のありました管理栄養士、栄養士についてきましては、検討の結果下記のとおり決定しましたのでお知らせいたします。

今後ともよろしくお願い申し上げます。

記

日時・テーマ	栄養士・管理栄養士 氏名
--------	--------------

※ 業務終了後、請求書を送付いたします。

※ 謝金等は栄養士会口座へお振込みください。

伊予銀行大街道支店(普通預金) 1701179

公益社団法人 愛媛県栄養士会

会長 利光 久美子

ご不明な点がございましたら、事務局までご連絡ください。

連絡先：公益社団法人 愛媛県栄養士会

松山市三番町4丁目3-9

TEL：089-945-0734

FAX：089-946-0702

E-mail：e-dietitian@blue.ne.jp

(様式6)

令和 年 月 日

様

公益社団法人 愛媛県栄養士会  
会長 利光 久美子  
(公印省略)

愛媛県栄養士会ケア・ステーション業務に関わる依頼について

平素より、公益社団法人 愛媛県栄養士会栄養ケア・ステーションの運営にご協力賜りありがとうございます。下記の内容にてご協力のほど宜しくお願い致します。

記

日時： \_\_\_\_\_

場所： \_\_\_\_\_

内容： \_\_\_\_\_

謝金： \_\_\_\_\_ 円

交通費： \_\_\_\_\_ 円

備考： \_\_\_\_\_

《切り取らずにそのまま返信ください》

受託承諾書

上記の内容について、承諾致します。

所属 \_\_\_\_\_

連絡先 電話

FAX

氏名

E-mail

振込先 ゆうちょ銀行

記号

番号

伝達事項

(様式

7)

令和 年 月 日

## 愛媛県栄養士会栄養ケア・ステーション事業実施報告書

公益社団法人愛媛県栄養士会

会長 様

氏 名： \_\_\_\_\_

えひめ栄養ケア・ステーション事業を、下記のとおり実施しましたので、報告します。

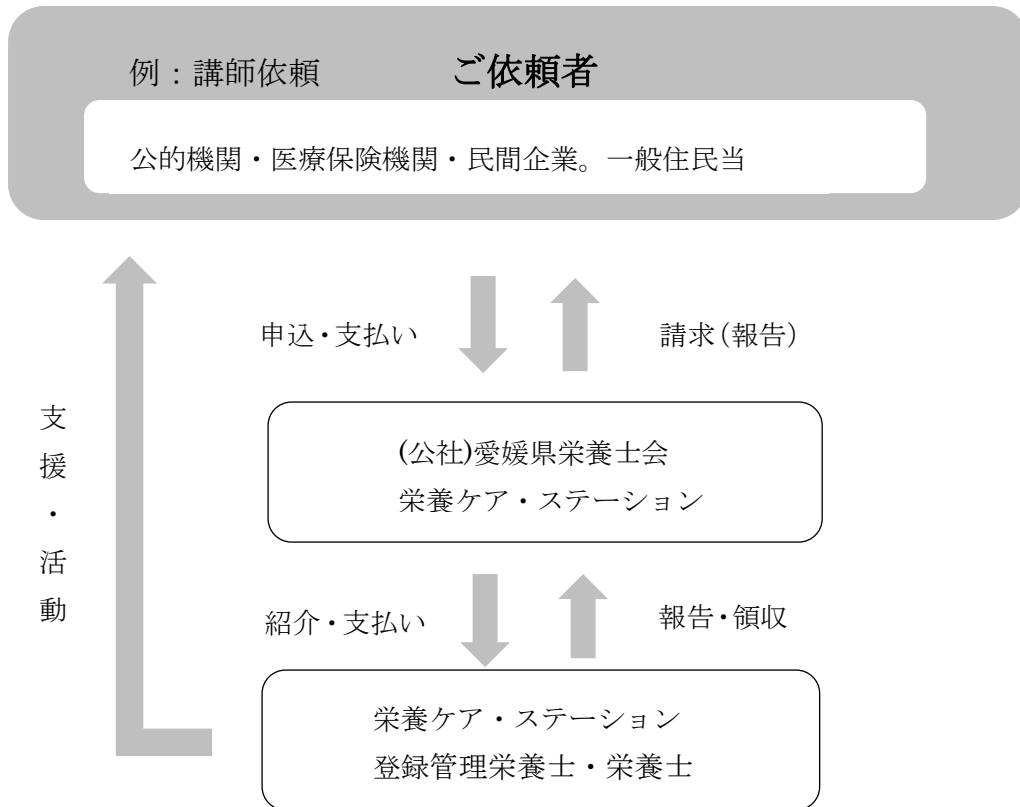
記

研修名等			
主催者等			
参加人数(対象)	人 ( )		
実施日時	令和 年 月 日 ( ) ～ 令和 年 月 日 ( ) 時～ 時		
主な内容 ( ○ 印 )		特定保健指導	一般栄養指導
		病態別栄養指導	訪問栄養指導
		嚥下・介護食・高齢者低栄養予防	講演・講座等の講師
		調理実習	食育活動
		栄養ケア・マネジメント	献立作成
		栄養価計算	パソコンデータ入力・分析
		その他 [ ]	
改善事項 検討事項等			

※ 使用資料を添付する

※ 事業終了後、一週間以内に提出をお願いします。

< 栄養ケア・ステーション事業体系 >



< 事業内容 >

