送付先FAX　089-946-0702

（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　様

申 請 日　　 令和　　 　年　　 　月　 　　日

依頼者名

担当者名

　　　　　〒

住　　所

電話番号　　　　　　　　　 　FAX

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  (依頼箇所に〇印  と☑をつけて  ください) | 1.　栄養指導 | | 指導対象者 |  |
| 2.　特定保健指導 | | 指導対象予定人数 | 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（□1品 □1メニュー □1日分 □1週間分 □その他(　 　)）  7.　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 項　　目  (該当箇所に〇印  と☑をつけて  ください) | 1.　個々人（□ 患者　□ 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（ □ 高齢者　□ 介護者　□ その他 ）  4.　食育支援（□ 乳児 □ 幼児 □ 小学生 □ 中高生 □ 大学生 □ その他(　 )）  5.　食と健康増進（ □ 一般　□ 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 | □ 管理栄養士（　　　人） □ 栄養士（　　　人） □ どちらでもよい（　　　人）  （調理実習は原則2名） | | | |
| 実施場所 |  | | | |
| 条　　件 | 講師謝金　　　　　　　　　円　　　　　　　　交通費　　　　　　　　　円 | | | |
| 交通手段 | 自家用車　　可　　・　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 |  |
| ＣＳ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 | | |