

FAX用 業務依頼申し込み書

申込日： 年 月 日

依頼先：北海道栄養士会栄養ケア・ステーション

担当者 大矢 小百合 宛

FAX 011-251-0783

TEL 011-219-8144

要望記入欄 (栄養ケア・ステーションの指名等)

無 有 ()

他要望 ()

申し込み機関名			
代表者氏名		☎	()
連絡先	〒	Fax	()
		mail	

* 該当項目に記入をお願い致します。

※〔その他〕業務はお電話で承ります。

業務内容	<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問栄養食事指導 (医療保険)	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (介護保険)	
	<input type="checkbox"/> 外来・入院栄養指導 (医療保険)	<input type="checkbox"/> 献立作成	
	<input type="checkbox"/> 集団栄養食事指導 (医療保険)	<input type="checkbox"/> メニュー開発	
	<input type="checkbox"/> 講演	<input type="checkbox"/> 栄養価計算	
	<input type="checkbox"/> 調理実習	<input type="checkbox"/> 食事診断	
	<input type="checkbox"/> 講演&調理実習	<input type="checkbox"/> その他 ※	
担当者指名の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	指名者名：	
有資格者の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	所属：	
有資格者	<input type="checkbox"/> 公認スポーツ栄養士	<input type="checkbox"/> 特定保健指導担当管理栄養士	<input type="checkbox"/> 管理栄養士
	<input type="checkbox"/> がん病態栄養専門管理栄養士	<input type="checkbox"/> 糖尿病療養指導士管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養士
	<input type="checkbox"/> 在宅訪問管理栄養士	<input type="checkbox"/> NST専門療法士管理栄養士	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 静脈経腸栄養管理栄養士	<input type="checkbox"/> 病態栄養専門管理栄養士	

* 在宅患者訪問栄養食事指導、居宅療養管理指導に関しては、詳細申込用紙別途用意しております。

* 講演・調理実習テーマを記載ください。

開催日時	年 月 日	対象者	
テーマ		対象人数	名
用務先 会場名	無・有 ()	対象人数	名
媒体	パワーポイント使用の有 無	その他要望	

* 献立作成、メニュー開発、栄養価計算、食事診断について概略を記載ください

日数	日分/週間分	品目数	品目
用務先 会場名	無 有 ()		
その他要望事項			

* 報酬予算がある場合は相談承ります。(栄養士会の規程金額はホームページをご参照ください)

報酬予算	円	詳細 ()
交通費	実 費	定額 ()円