様式1-3　　公益社団法人　新潟県栄養士会　栄養ケア・ステーション　　FAX番号025-224-0510

**医療施設用　栄養食事指導申込書**

**次のとおり申し込みます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | 電話  FAX  Email |
| 住所 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 指導項目 | * 外来栄養指導　　　（医療保険） |
| * 在宅訪問栄養指導　（医療保険） |
| * 居宅療養管理指導　（介護保険） |
| * その他　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 指導対象者  氏名 | 男　・　女 |
| 生年月日 | T・S・R　　　　年　　　月　　　日　　　　　　（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 依頼内容 |  |
| 主病名 |  |

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

お申込みをいただきありがとうございました。　上記申し込みを受理いたしました。

追ってこちらより再度ご連絡いたします。

新潟県栄養士会　栄養ケア・ステーション　　　　　担当

　　〒951-8052　新潟市中央区下大川前通４ノ町2230番地エスカイア大川前通プラザ内

　　℡（025）224-7501　　mail：n.eiyou-cs＠forest.ocn.ne.jp