

(様式7)

在宅患者訪問栄養食事指導・外来栄養食事指導業務契約書

契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日 *ただし、終了の1カ月前までに、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延長されるものとする。
診療所名	
業務内容	<input type="checkbox"/> 訪問栄養指導に伴う業務 (対象疾患は、診療報酬、介護報酬で定められた特別食) <input type="checkbox"/> 外来栄養食事指導 (対象疾患は基本的には、診療報酬で定められた特別食)
就労条件 ・栄養指導料	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ①単一建物居住者が1人の場合または単一建物診療患者が1人の場合 1件 円 ②単一建物居住者が2~9人の場合または単一建物診療患者が2~9人の場合 1件 円 ③①及び②以外の場合 1件 円 <input type="checkbox"/> 外来栄養食事指導 初回 1件 円 2回目以降 1件 円 *支払は、別紙1業務報告書に基づき現金支払いとする。
・交通費	実費とする ・公共交通機関利用の場合はその料金を、自家用車使用の場合は別紙旅費積算表に基づく金額とする。
・その他	・診療所の従事規約、決めごとに従い職員の一員として行動すること。 ・別紙個人情報の保護に関する同意書を結ぶこと。

年 月 日

診療所名

診療所

院長名

印

住所

管理栄養士 (公社)長野県栄養士会

支部

氏名

印

住所