

長野県栄養士会栄養ケア・ステーション業務依頼書
(食事提供体制加算・食事提供加算)

年 月 日

長野県栄養士会 栄養ケア・ステーション 宛
FAX:026-235-0632 メール:eiyou-na@beach.ocn.ne.jp

依頼業務内容	障害福祉サービスの食事提供体制加算および食事提供加算における 献立の確認・アドバイス その他ご希望がありましたら下記にご記入ください。 []		
事業所名			
所在地			
電話番号			
FAX番号			
メールアドレス			
担当者			
サービス種類 (該当するところに ○をしてください)	就労選択支援	就労移行支援	勤労継続支援A型 就労継続支援B型 生活介護 短期入所 自立訓練
利用者数	人		
給食数	食		
依頼期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年____回程度		
引受書			
以下栄養ケア・ステーション記入欄			
受付日	年 月 日	担当	
対応(特記事項)			
担当者			
住所			
連絡先(TEL)			
報酬	円 + 交通費 円 報酬、交通費は本人に直接お支払いください。		