様式１

**管理栄養士・栄養士・歯科衛生士紹介依頼書**

年　月　日

１　通いの場等への協力依頼の内容（該当する項目に〇をつけてください）

　（１）管理栄養士・栄養士

　　　　低栄養改善のための栄養相談 ・ 各種講話 ・ その他（　　　　　　　）

（２）歯科衛生士

　　　オーラルフレイルの相談 ・ 各種講話 ・ その他（　　　　　　　）

＊内容について具体的に記載してください。

２ 活動場所　 高齢者の通いの場 ・ 介護予防教室 ・ その他（　　　　　　　）

施設名：

　〒　　　-

　　　　　　市・町

３ 活動日時　（西暦）　　　年　　　月　　　日（　　）時間　　　: ～　　:

４ 実施方法　　対面式　・　Zoom　・　どちらでも

５ 報償費　　　　　　　　　　　　　　円（別途旅費支給）

６ 提出先・お問合せ先

**管理栄養士・栄養士：公益社団法人　静岡県栄養士会　栄養ケア・ステーション**

東部窓口　:東部支部 若林恭子　　　　E-mail : cs-toubu@shizu-eiyoushi.or.jp

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ＴＥＬ : 080-7634-8976

 ＦＡＸ : 0544-23-3372

中部窓口 :中部支部　紅林真佐代　　　E-mail : cs-chubu@shizu-eiyoushi.or.jp

 ＴＥＬ : 054-282-5507

 　　　　　　 FAX : 054-282-5537

西部窓口　:西部支部 木下初代 E-mail : cs-seibu@shizu-eiyoushi.or.jp

 ＴＥＬ : 080-7634-9197

 FAX : 053-473-9394

　**歯科衛生士：静岡県口腔保健支援センター**

担当：歯科衛生士　池田

E-mail：kenzou@pref.shizuoka.lg.jp　電話番号：054-221-2438　FAX：054-221-3291

**９ 市町担当者連絡先名**

|  |  |
| --- | --- |
| 市町・課名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |