

様式 1

## 栄養指導申し込み書

申し込み日 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ FAX 番号  
( \_\_\_\_\_ )

担当医氏名 \_\_\_\_\_

栄養指導希望日時

第一希望 月 日 ( ) 時より

第二希望 月 日 ( ) 時より

指導予定人数 : \_\_\_\_\_ 人

指導予定者 : 別紙 (様式 2) にご記載下さい。

その他留意事項、希望事項等 :

<送付先>

島根県栄養士会 栄養ケア・ステーション

FAX 0852 (27) 8987

E-mail shimaei2@web-sanin.co.jp