様式1

**公益社団法人　山形県栄養士会　御中**

**管理栄養士派遣申し込み書**

医師名：　　　　　　　　　　　　（カナ：　　　　　　　　）

医院名：

住所：〒

連絡先：TEL：　　　　　　　　FAX：

栄養指導希望の頻度：１　定期（　　月に　　回　月開始）

　　　　　　　　　　２　随時（　　月　　日）

栄養指導の内容　　：１　個人指導　２　集団指導

栄養指導希望の曜日：　　　　　　　曜日

栄養指導希望の時間：　午前・午後　　　　　　時頃から

＊１，２はいずれかに○を付してください。

＊何かご質問等がありましたら下記へご記入ください。

ご記入後FAXで送付ください。

詳細につきましては　後日事務局より連絡いたします。

事務局　〒990-0021　山形市小白川町2丁目3-31

山形県総合社会福祉センター4階

　　　　　　　公益社団法人　山形県栄養士会

　　　　　　　　TEL：023-633-4727

　　　　　　　　FAX：023-633-4764