

## 協力者登録用紙

私は、栄養ケア・ステーション事業に協力します。

年 月 日

ふりがな 氏名			会員番号			職域 事業部			
生年月日	西暦 (平成・昭和) 年 月 日生 (満 歳)								
自宅	〒 TEL: FAX: E-mail:								
勤務先	名称					勤務経験	年 ヶ月		
	所在地	〒 TEL: FAX: E-mail:							
	勤務形態	常勤(週40時間)	非常勤(週 時間)	(月 時間)	その他( )				
依頼時 連絡先	①自宅 ②勤務先 ③携帯電話 ( )								
資格	①栄養士 ②管理栄養士 ③その他併せ持つ資格 ( )								
略歴	最終学歴		保健指導 担当者研修会	修了 なし	生涯教育歴	受講中 なし			
	職歴	記入例 保健センター 3年、私立保育所 3年、老人ホーム 2年							
	-----								
	-----								
主な活動 分野	※希望する分野および内容に○印をつけてください。(複数回答可)								
	①講演・講義	①発育期 ②思春期 ③成人期 ④高齢期 ⑤妊産婦 ⑥生活習慣病 ⑦病態栄養 ⑧食文化 ⑨栄養ケア・マネジメント ⑩給食経営管理 ⑪調理師試験関係分野 ⑫その他( )							
	②調理実習	①食育・健康料理教室 ②太巻きずし ③郷土料理 ④料理全般 ⑤高齢者 ⑥治療食 ⑦その他( )							
	③栄養指導・相談	①特定保健指導 ②テレホン栄養相談 ③こども ④成人 ⑤高齢者(訪問栄養食事指導) ⑥病態栄養(栄養食事指導) ⑦その他( )							
	④栄養調査等	①栄養指導研究所運営協力 ②ホームページ運営協力 ③その他( )							
活動日数	月に 回 / 1日当り 時間								
	平日のみ、 土・日曜日も勤務可能								
	特定の 曜日のみ 勤務可能	記入例 毎月第1、2、3、4火曜日の午後13時～17時まで							
	年収制限 あり なし								
活動範囲	県内・近隣市町村(自宅から 分程度まで可能)								
交通手段	公共交通機関・自家用車・その他( )								

※この個人情報(栄養ケア・ステーション事業以外の目的)には使用しません。 公益社団法人千葉県栄養士会