令和　　年　　月　　日

**短期集中型訪問サービス（栄養）申込書**

（あて先）　公益社団法人石川県栄養士会

　栄養改善利用を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 地域包括支援センター名担当者氏名 | 金沢市地域包括支援センター（　　　　　　　　）（担当：　　　　　　） |
| 訪問希望日 | 第一希望　　　　　月　　　　日第二希望　　　　　月　　　　日 |
| フリガナ申込者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　－　　　金沢市 |
| 電話番号 | －　　　　　　　　　　－ |
| ＦＡＸ | －　　　　　　　　　　－ |
| 短期集中型サービス以外に利用しているサービスの有無（該当する□にチェック）□あり　　□なし |
| 該当区分：要支援１・要支援２・事業対象者　　　　認定年月日：　　年　　　月　　　日被保険者番号： |

　　（郵送先）

　〒９２１－８１０５

　　　金沢市平和町１丁目３番１号　石川県平和町庁舎３階

　　　　　　　　　公益社団法人　石川県栄養士会　宛

　 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　０７６－２５９－５０６１