

管理栄養士派遣申し込み用紙

医師名： _____ (カナ： _____)

医院名： _____

住所： 〒 _____

連絡先： TEL _____ FAX： _____

栄養指導開始希望： _____ 月頃から

栄養指導希望の頻度： 月に _____ 回／個人指導・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

* 何かご質問等がありましたら下記へご記入下さい。

ご記入後 FAX で送付下さい。

詳細につきましては 後日事務局より担当者が直接ご説明に

伺います。

奈良県糖尿病協会 派遣栄養士の会

事務局 〒638-0821 奈良県吉野郡大淀町下淵 332

FAX:0747-52-0032