必要事項を記入の上、メールにてお申込みください。chiba.eiyoucarestation@gmail.com

食事提供体制加算（障害福祉サービス）業務支援依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込年月日　　　　　　年　　月　　日

　公益社団法人　千葉県栄養士会

　栄養ケア・ステーション　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　当事業所における食事提供業務について下記のとおり依頼します。

１　依頼内容　（該当項目に☑をしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 金額（税込み） |
| □ | 献立作成と栄養価の算定（１か月分）＊事業所において予定・実施献立及び栄養価の算定ができている場合は依頼不要です。 | 37,950円 |
| ☑ | 給与栄養目標量の算定　（必須） | 1,650円 |
| ☑ | 献立内容の確認　（必須） | 1,650円 |

　　上記に係る関係書類については、別途提出します。

２　本業務に係る連絡先

1. 事業所名
2. 所在地　〒
3. 担当者氏名
4. 電話

1. FAX

1. メールアドレス