**業務依頼書（様式1-1）**

受付番号（ＣＳ入力欄）

委託事業者様用

記入日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ご担当者様　氏名 |  |
| ご所属 |  |
| 所在地 | **〒** |
| 連絡先　電話 |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼業務名 |  |
| 日時 |  |
| 対象者 |  |
| 必要栄養士数 |  |
| 報　　　　　　酬　　　　　　額（交通費等） |  |
| 会　　　　　　　　　　　　　場 |  |
| 内　　　　　　　　　　　　　容 |  |
| 使用教材 |  |
| 返　　信　　締　　切　　日 |  |
| 【備考】（上記ご要望内容について追記がございましたら、具体的にお書きください） | |

記　入　例

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼業務名 | テーマ等をご記入ください  **介護予防教室いきいき介護エクササイズ**  **栄養改善プログラム** |
| 日時 | 第一希望　　　○○年○○月○○日（○）  第二希望　　　○○年○○月○○日（○）  第三希望　　　○○年○○月○○日（○）  ＊質疑応答を含め90分間 |
| 対象者 | 地域の65歳以上の高齢者30名 |
| 必要栄養士数 | ○名 |
| 報　　　　　　酬　　　　　　額（交通費等） | ○○，○○○円  （交通費別、又は交通費込み　どちらかをご記入ください）  ＊添付資料の標準報酬額表をご参照ください |
| 会　　　　　　　　　　　　　場 | 名称・住所をご記入ください |
| 内　　　　　　　　　　　　　容 | 可能な限り、詳細にご記入ください |
| 使用教材 | （指定のものがある場合は、ご記入ください）  介護予防教室向けテキスト（栄養改善プログラム編） |
| 返　　信　　締　　切　　日 | ○○年○○月○○日（○） |
| 【備考】（上記ご要望内容について追記がございましたら、具体的にお書きください）  ☆対象者が、今後も継続して活用できるような知識を教えてほしいと希望しておられます。  ☆数か月後にフォローアップ研修を予定しています。  **＊概要がわかるパンフレット・案内状などがあれば添付してください。** | |