しが栄養ケア・ステーション

様式１

報　告　書（単発事業用）

事業依頼先			
担当者名	（栄養士・管理栄養士）		
実施日時	令和　　年　　月　　日　　曜日（　　：　　～　　：　　）		
実施場所			
対象者	一般・高齢者・親子・その他(　　)	対象者人数	人
講師料	１回・１日・半日　　その他（　　）　円	交通費	円

＜内　容＞

＊資料があれば添付すること

＜感　想＞

＜栄養ケアステーション事業についてのご意見等＞

＊報酬費＊　ゆうちょ銀行への振込み希望者は下記に記入後、郵送または事務局に持参下さい。

ゆうちょ銀行	（該当するものに○）　新規登録　・　登録済み　・　登録変更
ロ 座 番 号	（記号　　）　（番号　　）
ロ 座 名 義	
住　　所	

【 提出先 】　〒524－0037　守山市梅田町2番1号　セルバ守山110
（公社）滋賀県栄養士会　しが栄養CS事務局
電話　（077）581－1366
FAX　（077）558－6617
E-mail　info@shiga-ad. or. jp

2017改訂