

岡山県栄養ケア・ステーション登録指導員申込書

年 月 日

会員番号				事業部名			
ふりがな				生年月日	昭和	平成	
氏名					年	月	日
住所	(自宅)						
	(勤務先名) (勤務先住所)						
連絡方法	電話番号	FAX	携帯番号	E-mail (パソコン)			
<input type="checkbox"/> 管理栄養士番号 () <input type="checkbox"/> 栄養士番号 ()							
<input type="checkbox"/> 糖尿病療養指導士番号 () <input type="checkbox"/> 健康運動指導士番号 ()							
<input type="checkbox"/> その他 ()							
交通手段	車・その他 ()	最寄駅・路線	線 駅				
《現在の勤務状況》							
常勤	区 分	勤務年数	内 容				
常勤・非常勤	学校・行政・病院・地域 研究・福祉・健康管理	年 月					
《主な栄養士指導職歴》							
NO	区 分	年 数	内 容				
1	学校・行政・病院・研究・ 福祉・健康管理・地域	年 月					
2	学校・行政・病院・研究・ 福祉・健康管理・地域	年 月					
3	学校・行政・病院・研究・ 福祉・健康管理・地域	年 月					
《就業希望時間帯等》							
曜日 () 時間 ()							
《希望業務》							
<input type="checkbox"/> 特定保健指導 <input type="checkbox"/> 嚥下・介護食 <input type="checkbox"/> 食育 <input type="checkbox"/> 一般栄養指導・相談 <input type="checkbox"/> 調理実習 <input type="checkbox"/> スポーツ栄養 <input type="checkbox"/> 栄養ケア・マネジメント <input type="checkbox"/> 病態別栄養指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導他 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 栄養士会事務局での栄養相談 (木曜日 13:00~16:00) <input type="checkbox"/> 岡山市医師会メディカルセンターでの栄養指導 (<input type="checkbox"/> 火曜日PM, <input type="checkbox"/> 金曜日PM, <input type="checkbox"/> 土曜日AM)							
《備考》							