**公益社団法人大阪府栄養士会栄養ケア・ステーション**

**登録管理栄養士・栄養士 更新申請用紙**

申請日（西暦） 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | 会員番号： |
| 資　　　　　格 | 管理栄養士　・　栄養士 | | | | | 職域部会： |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　日 | | | | | 登録番号： |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 連絡先  （連絡が取れる所） | 自宅・携帯 | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | |
| 更新研修会 | **1.生涯教育** | | | | | |
| 受講年月 | | 項目番号 | | タイトル | |
| 年　　月　　日 | |  | |  | |
| 年　　月　　日 | |  | |  | |
| 年　　月　　日 | |  | |  | |
| **2.指定研修** | | | | | |
| 年　　月　　日 | |  | |  | |
| 年　　月　　日 | |  | |  | |
| 年　　月　　日 | |  | |  | |
| **3.実践研修B** | | | | | |
| 年　　月　　日に受講 | | | | | |
| 依頼業務  ※請負できるものに☑をつけてください。 | 《医療保険事業》  □在宅患者訪問栄養食事指導　　□外来栄養食事指導　　□入院栄養食事指導  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 《介護保険事業》  □居宅療養管理指導　　□栄養管理体制加算　　□栄養アセスメント加算  □栄養改善加算　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| □特定保健指導 | | | | | |
| □地域包括ケアシステムにかかる事業　　□地域ケア会議　　□介護予防 | | | | | |
| 《講師》  □セミナー　　□乳幼児　　□介護予防　　□その他（　　　　　　　　） | | | | | |
| □料理教室 | □献立作成 | | □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 依頼業務に関係する主な経歴 | 業務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（期間　　　　　年）  　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（期間　　　　　年）  　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（期間　　　　　年） | | | | | |
| 活動可能地域 | □大阪府下　　□指定地域（　　　　　　　　　　　　）　　□特になし  2025.7 | | | | | |

※すべての研修が終了したら速やかに（公社）大阪府栄養士会事務局へ提出ください。