

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	平成 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
<input type="checkbox"/> 座番号	(記号) (番号)
<input type="checkbox"/> 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・FAX (077)581-1366

E-mail info@shiga-ad.or.jp

2017改訂