別紙１

　承　諾　書

年　　月　　日

　高知県健康政策部保健政策課長　様

医療機関名

管理者氏名

　外来栄養食事推進事業実施要領第３条における協力医療機関として、下記のことを実施し、外来栄養食事指導の推進に向け、協力することを承諾します。

記

協力医療機関の実施事項

（１）管理栄養士による外来栄養食事指導の推進

（２）外来栄養食事指導に関する問い合わせへの対応及び診療所等からの紹介患者への外来栄養食事指導の実施

（３）外来栄養食事指導の件数及び紹介患者数、うち、糖尿病患者への指導件数及び紹介患者数等の報告

（４）県が実施する県民等を対象とした外来栄養食事指導の啓発への協力

別紙２

外来栄養食事指導現況書

年　　月　　日現在

|  |
| --- |
| １　管理栄養士の氏名 |
|  |
| ２　外来栄養食事指導の実績　（直近の1ヶ月分） |
| ◆個別指導：　　　　　件 ・ 延べ　　　人　（うち、糖尿病　　　　件 ・ 　　　人）    　◆集団指導：　　　　　件 ・ 延べ　　　人　（うち、糖尿病　　　　件 ・ 　　　人） |
| ３　栄養食事指導室　（該当に○をつけ、その他の場合は、内容を記載） |
| 専用室 　・　 相談室等を兼用　 ・ 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４　外来栄養食事指導に関する問い合わせ先 |
| 担当部署  　担当者名  　電話番号  　FAX番号  　E-mail |

別紙３

辞退届

年　　月　　日

　高知県健康政策部保健政策課長　様

医療機関名

管理者氏名

　外来栄養食事推進事業実施要領第３条における協力医療機関として承諾していましたが、下記の理由により、辞退します。

記

　　　　１　事実発生日

　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　２　辞退の理由