

公益社団法人大阪府栄養士会栄養ケア・ステーション

登録管理栄養士更新申請用紙

申請日（西暦） 年 月 日

氏 名			会員番号：	
生 年 月 日	(西暦) 年 月 日	職 域：	部会	
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（1教科/年） ※2016～2019年度の登録者は同年に複数受講可			
	受講年月	項目番号	タイトル	
	1年目： 年 月			
	2年目： 年 月			
	3年目： 年 月			
	2.指定研修（1教科/年） ※2016～2019年度の登録者は同年に複数受講可			
	1年目： 年 月			
	2年目： 年 月			
	3年目： 年 月			
	3.実践研修B（更新の年に1回）			
年 月				
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			

※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。

2022.9