

# 介護報酬改定相談用紙

氏名 (必須)		
会員番号 ※ 日本栄養士会会員の場合は必須		
所属協議会		
施設名称		
電話番号 (必須) ※ 日中に繋がる番号を記載		
希望する 回答方法	メールアドレス ※ E-mail を希望する場合は必須	
	住所 (郵送先) ※ 郵送を希望する場合は必須	〒
相談分類 ※ 右より選択し、番号を記入		①制度 (加算) ②人員基準 ③通所の栄養アセスメント加算 ④グループホームでの栄養ケア ⑤看護小規模多機能型居宅介護での栄養ケア ⑥その他
問い合わせ内容		

※ 本用紙の提出前に必須項目の記載漏れが無いか確認をお願い致します。

※ 「希望する回答方法」のメールアドレスと郵送のどちらも記入されている場合は、メールアドレスでの回答を優先とし、何らかの理由によりメールでの回答ができない場合は、郵送にて回答致します。