（別紙１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

公益社団法人福島県栄養士会事務局　行　（FAX　024－939－1222）

令和２年度被災市町村等における栄養・食生活支援要望書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼者  （市町村名等） | |  | 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 職名 |  | TEL/FAX |  |
| 氏名 |  | E-mail |  |
| 支援先  （市町村名等） | |  | 所在地 | 〒 |

※　貴市町村等で支援を希望する内容について、下記に御記入ください。

※　詳細につきましては、後日電話等で確認させていただきます。

※　本事業は、厚生労働省の被災者支援総合交付金を活用しています。事業の性質上、被支援者の住宅区分について確認させていただきますので、御協力をお願いいたします。

１　仮設住宅や借上住宅等への個別訪問を希望する。

　　□　実施予定日　　　　月　　　日（　　）　　　：　　　～　　　：

　　□　随時、必要に応じて訪問してほしい（月　　　回程度）

　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　仮設住宅集会所等における個別・集団指導等の支援を希望する。

　　□　栄養指導等　　　　月　　　日（　　）　　　：　　　～　　　：

　　　　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□　調理実習を伴う健康教室等　　　月　　　日（　　）　　　：　　　～　　　：

　　　　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　※内容については、糖尿病予防や減塩の調理実習、健診事後指導等、具体的にお書きください。要望が一時期に集中した場合、重症化予防に寄与する活動を優先的に支援します。なお、実習を伴わない会食は支援対象外です。

３　その他

　　上記以外に希望する支援や、御要望、御質問等があればお書きください。

４　確認事項

　　実施後に、事業内容に関するアンケート等に御協力いただけますか。

　　□　はい　　　□　いいえ