

令和8・9年度 (公社)兵庫県栄養士会 栄養ケア・ステーション登録書

(新規 変更 更新)

申請日 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|---|--|---|--|------------------------------------|------------------------------------|---|
| 基 本 情 報 | ふりがな | | 性別 | 会員番号 | | |
| | 氏名 | | 男・女 | | | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | <input type="checkbox"/> 栄養士 | |
| | 地域 | <input type="checkbox"/> 神戸 | <input type="checkbox"/> 阪神北 | <input type="checkbox"/> 阪神南 | <input type="checkbox"/> 東播磨 | <input type="checkbox"/> 中播磨 |
| | | <input type="checkbox"/> 西播磨 | <input type="checkbox"/> 北播磨 | <input type="checkbox"/> 淡路 | <input type="checkbox"/> 丹波 | <input type="checkbox"/> 但馬 <input type="checkbox"/> 県外 |
| | 職域 | <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 地域活動 | <input type="checkbox"/> 研究教育 | <input type="checkbox"/> 勤労者支援 | <input type="checkbox"/> 学校健康教育 | <input type="checkbox"/> 公衆衛生 |
| | 現住所 | 〒 — | | | | |
| | TEL | | | FAX | | |
| | PCメール(フリガナ): | | | | | |
| | PCメール(必須): | | | | | |
| ※当会 栄養ケア・ステーション事務局からのメール「hyogo-cs.touroku@eiyou-hyogo.or.jp」を受信できるように設定をお願いします。 | | | | | | |
| 詳 細 情 報 | その他の連絡方法をご記入ください。 | | | 携帯電話 | | |
| | 携帯メール | | | | | |
| | 勤務先 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 〒 — | | | | |
| | | TEL | | FAX | | |
| | 職歴・ 実務経験 | <input type="checkbox"/> 病院・診療所(年) | <input type="checkbox"/> 行政(年) | <input type="checkbox"/> 高齢者施設(年) | <input type="checkbox"/> 障害者施設(年) | |
| | | <input type="checkbox"/> 幼・保育施設(年) | <input type="checkbox"/> 学校(年) | <input type="checkbox"/> 研究教育(年) | <input type="checkbox"/> 事業所(年) | |
| | | <input type="checkbox"/> 地域活動(年) | <input type="checkbox"/> その他() (年) | | | |
| | 資格 | ☆該当するものに☑を入れ、取得または修了年度を記入してください。 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 在宅訪問管理栄養士(日栄・学会認定) (年度) | <input type="checkbox"/> 特定保健指導担当管理栄養士(日栄認定) (年度) | | | |
| 研修 受講 歴 | <input type="checkbox"/> 健康運動指導士(年度) | <input type="checkbox"/> 公認スポーツ栄養士(年度) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 糖尿病療養指導士(全国・地域 年度) | <input type="checkbox"/> 栄養教諭(年度) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 生涯教育研修会 取得単位数 ()単位 | ☆受講したものに☑を入れ、直近の受講年度を記入してください。(在宅栄養ケア実務者研修は認定年度も記入してください。) | | | | |
| 栄養士バンク | <input type="checkbox"/> 登録済み <input type="checkbox"/> 未登録 | | | | | |
| | 備考 | 自己アピールなど、ご自由にお書きください。 | | | | |
| 出務希望日 | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 | (備考) | | | | |
| 交通手段 | 自家用車の運転 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | (備考) | | | | |
| ゆうちょ銀行振込先 | | | 記号 | 番号 | | |

(公社)兵庫県栄養士会 栄養ケア・ステーション依頼業務
情報保護に関する誓約書

(公社)兵庫県栄養士会 栄養ケア・ステーション委員会 御中

- 1 個人情報及び栄養ケア・ステーションに関わる業務(以下「業務」という)に関する情報の保護に万全を期すため、個人情報保護法など関連法令に基づき、下記の事項を誓約します。

私は、以下の事項を遵守します。

- (1) 業務において収集した情報を漏えいしないこと
(2) 業務において得た資料を複製・複写しないこと
(3) 業務において得た資料を持ち出さないこと

業務においての情報漏えい等により、栄養ケア・ステーション委員会に損害を及ぼしたときは、賠償の責を負います。

- 2 圏域の栄養ケア・ステーションに、個人情報を提供することに同意します。

以上

令和 年 月 日

住所

氏名

印

《注意事項》

★栄養ケア・ステーションの登録は2年間とします。(令和10年3月末まで)

更新する場合は、令和10年3月にあらためて登録書を提出してください。

★生涯教育研修会を毎年5単位以上受講してください。

☆記載事項に変更があった場合は、変更届を提出してください。

☆ゆうちょ銀行の振込先は、**ご本人名義**をお願いします。

☆写真は、裏面に氏名記載のうえ貼付してください。(6か月以内に撮影、無帽、正面、無背景)

☆誓約書は署名捺印して同封してください。(兵庫県栄養士会ホームページよりダウンロード)

写真貼付

(約3cm×4cm)

☆個人情報のため、登録書と誓約書は必ず郵送にてお送りください。

《郵送先》〒650-0011 神戸市中央区下山手通4-18-1 ひょうご女性交流館 401号

公益社団法人 兵庫県栄養士会 栄養ケア・ステーション事務局

※封書の表書に栄養CS登録書在中と明記して、**登録書と誓約書のみ封入**してお送りください。