

(様式20-5)

栄養マネジメントに関する届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設種別	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

栄養マネジメントの状況

管理栄養士	常勤	人
-------	----	---

栄養マネジメントに関わる者

職種	氏 名
医 師	
歯 科 医 師	
管 理 栄 養 士	
看 護 師	
介護支援専門員	

- 備考 1 「異動等区分」「施設種別」欄については、該当する番号に○をつけてください。
2 「栄養ケア・マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。