**別紙様式３**

4

Ga)

**（毎年 施設 ⇒ 保健所 ）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 石巻保健所健康づくり支援班栄養士　行き**FAX：0225-96-3560** | 件名「石巻圏域災害時等給食施設栄養士情報共有ネットワーク」定例報告について | 送信施設名（担当者名）施設：担当者： |

**＊毎年４月１日現在の状況を、４月末日まで送付願います。（全施設送信してください）**

**インターネット報告**

　<https://logoform.jp/form/GQGB/862296>

**１　連絡網の変更事項について**

（１）変更事項の有無　　：　　□　有　　・　　□　無

（２）有の場合の変更内容

　イ　栄養士氏名

|  |
| --- |
| 例）入職：〇〇〇〇、退職：〇〇〇〇 |

　 ロ　電話番号

|  |
| --- |
| 　　 |

　 ハ　ＦＡＸ番号

|  |
| --- |
| 　　 |

　 ニ　メールアドレス

|  |
| --- |
|  |

**２　その他連絡事項について**