（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「地域の子育て食環境支援業務」要望書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼者の区分  (○で囲む) | 保育所　こども園　幼稚園　小学校　中学校　高校　大学　行政  福島県食育応援企業　うつくしま健康応援店　その他（　　　　　　　） | | | |
| 依頼者 | 名称 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 連絡先 | 職名 |  | TEL/FAX | ／ |
| 氏名 |  | E-mail |  |

※　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。

※　実施要領に基づき派遣を決定しますので、事業の目的を十分御確認いただきますようお願いいたします。

**１　支援を希望する内容を１つ選んでください。**

　　□　栄養士未配置の保育所・こども園等に対する給食献立のアドバイス

　　□　子どもや保護者等へ、栄養・食生活に関する支援や食育活動、講演会

　　□　行政・食育応援企業・応援店等によるイベントや講演会での栄養に関する支援

　　□　その他、福島県の食育を推進するための活動の支援

**２　詳細を御記入ください。**

　（１）ア　実施予定日　　　　月　　　日（　　）　　　：　　　～　　　：

　　　　イ　支援の頻度の希望を次の４つから選んでください。

　　　　　　□アの実施予定日のみ　　□随時、必要に応じて（月　　　　回程度）

　　　　　　□定期的に訪問してほしい（希望の頻度　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（２）実施予定場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（３）対象者及び予定人数（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（４）テーマ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　目　的（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　例：子どもの時期からの生活習慣病予防、子どもの「食べる力」の育成支援等

　（５）実施方法を選んでください。

　　　　□個別栄養相談・栄養指導　　　　　　　□栄養・食生活に関する健康教育

　　　　□調理実習等体験学習を伴う健康教室　　□栄養・食生活相談コーナー

　　　　□運動コーナー　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３　その他、上記以外に希望する支援や、特記事項、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**