　　　　年　　　月　　　日

公益社団法人福島県栄養士会事務局　行き（FAX　０２４－９３９－１２２２）

**２０１９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 |  | 電話／FAX | ／ |
| 氏名 |  | E-mail |  |

※　詳細を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、事業の目的等を十分御確認

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　実施予定日時　　　　　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。

□　上記実施予定日のみ　　　□　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や、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、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**