# 平成 30 年度　介護報酬改定（栄養関連）に関する研修会申込書

開催日：平成30年９月8日（土）

会 場： エスポワールいわて 大ホール

お申込み先：岩手県栄養士会

FAX:019-625-3707 E-mail：i-dietitian1@iwate-eiyoshikai.or.jp

| | |
|---|---|
| **氏名** | |
| | **・ 岩手県栄養士会 会員 （会員番号 ）**<br>**・ 一般** |
| **勤務先** | |
| **勤務先住所** | |
| **連絡先**<br>（日中に連絡がつくところ） | **電話**<br>**E-mail：** |
| **昼食（600 円）** | **・ 注文します ・ 注文しません**<br>（どちらかに〇をしてください） |

**より充実した研修会にするために、事前質問を受け付けています。**

**※すべての質問が反映されるわけではありませんのでご了承ください**

**1．** 既存の栄養マネジメント加算、療養食加算、経口移行加算、経口維持加算算定について

**2．** 新設の低栄養リスク改善加算、栄養スクリーニング加算の新設、栄養改善加算、栄養マネジメント加算の要件緩和について

**お申込み〆切…平成 30 年８ 月 24 日（金）**

**※申込書にご記載の情報は、本研修の受付管理の目的のみに使用します。**