**栄養サマリー受け取り連絡票**

**平成　　年　　　月　　　日**

**施設名**

**栄養管理担当者　様**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **職種・氏名** |  |
| **電話番号** |  |

**いつもお世話になり、ありがとうございます。**

**栄養サマリー（NO.　　　　　）を受け取りました。**

**栄養管理についてご相談させていただいた折には、どうぞ宜しくお願い致します。**

|  |
| --- |
| **通信欄**（必要に応じてお使いください）**□お変わりなくお過ごしです。****□食事形態が変わりました。**　　提供栄養量（　　　　　）kcal　　　たんぱく質（　　　　）ｇ　　　　　食事形態　（常食　　　全粥　　　５分粥　　ミキサー食　　　その他（　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**□その他** |