**（提出日）　　　年　　月　　日**

**様式第13号（添付書類２）機能強化型認定栄養ケア・ステーション責任者要件　（３）を満たさない場合**

（３）別に定める研修（日本栄養士会の指定するもの。）を修了した者の要件を満たさないため以下の通り認定委員会へ提出いたします。

認定番号：

認定栄養ケア・ステーション名称：

責任者氏名：

**＜特段の理由＞**



**＜終了する具体的な計画＞　※**終了時は**最長でも次回更新時まで**として具体的に記載すること。

