**食の自立支援事業・利用事業者チェックシート（日高）**

　　　年　　　月　　　日

対象者住　所

氏　名

・配食を依頼する事業者、曜日に3か所までチェックをし、提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 月曜 | □　健食ライフサービス□　宅配クック１２３ |
| 火曜 | □　健食ライフサービス□　宅配クック１２３ |
| 水曜 | □　健食ライフサービス□　宅配クック１２３ |
| 木曜 | □　健食ライフサービス□　宅配クック１２３ |
| 金曜 | □　健食ライフサービス□　宅配クック１２３ |
| 土曜 | □　健食ライフサービス□　宅配クック１２３ |
| 日曜 | □　健食ライフサービス□　宅配クック１２３ |

＜参考＞

健食ライフサービス … 常食、減塩食、透析食、やわらか食に対応。ごはんはお粥に変更可。

宅配クック１２３ … 普通食、健康ボリューム食、カロリー食、低たんぱく食、透析食、やわらか食に対応。ごはんはお粥に変更可。

記入者：