**（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　（４）を満たさない場合**

（４）別に定める栄養管理等に関する学術分野の学会に所属、若しくは日本栄養士会の設置運営する栄養管理等の実務を行う適格性に関する資格で別に定めるものを有していること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＞**



**＜取得する具体的な計画＞　※**取得予定日は**最長でも次回更新時まで**として具体的に記載すること。

