**「西部地域食形態マップ」　連絡票**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 嚥下調整食分類表掲載のURL | □　新規　　　　 |  |
| □　変更 | （変更前） |
| （変更後） |
| 備考 |  |

〈提出先〉　 静岡県西部健康福祉センター健康増進課

**kfseibu-kenzou@pref.shizuoka.lg.jp**

 　※メール件名を「西部地域食形態マップ連絡票（施設名）」として

ご提出ください。

 〈問合せ先〉　静岡県西部健康福祉センター健康増進課（電話番号：0538-37-2583）