

<申し込み先>

日浦病院 栄養サポート室 柳 慶子

Fax 0959-25-1338 (送り状は不要です)

長崎県栄養士会医療協議会 第3回研修会申込書

支部 \_\_\_\_\_

協議会名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

氏名	入会の有無	会員番号	講義1単位	演習1単位
			会員 1,000円 会員外 3,000円	会員 1,000円 会員外 3,000円
例) 栄養花子	<input checked="" type="radio"/> 会員 <input type="radio"/> 非会員	4201234	○	○
	<input type="radio"/> 会員 <input type="radio"/> 非会員			
	<input type="radio"/> 会員 <input type="radio"/> 非会員			
	<input type="radio"/> 会員 <input type="radio"/> 非会員			
	<input type="radio"/> 会員 <input type="radio"/> 非会員			
	<input type="radio"/> 会員 <input type="radio"/> 非会員			
	<input type="radio"/> 会員 <input type="radio"/> 非会員			

必要事項を記入してください。

支部、協議会名、会員番号は記入 会員、非会員：どちらかに○

講義・演習への出欠：出席に○、欠席に×