

FAX で送られる場合には、送り状は不要です。本状のみお送りください

FAX 0957-52-6717

送 信 日 平成 年 月 日

申 込 締 切 日 平成 29 年 6 月 14 日

大村共立病院 栄養課 北島寛子 行

(公社) 長崎県栄養士会医療協議会 平成 29 年度第 1 回研修会 (6/24 開催) 申込書

上記研修会に参加したいので申し込みます。

該当するものに☑をお付け下さい

氏 名	会員の方は、会員番号をご記入ください。 会員 () ・非会員	
自 宅 住 所	〒 — 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 (— —) <input type="checkbox"/> 携帯 (— —)	
勤 務 先 名	TEL (— —)	
連絡事項 ※会員・非会員に○印をつけ、会員の方は会員番号を記入してください。 ※参加される講義に○印をつけてください。	講義① 1 単位 (古賀先生) 会員 1,000 円 会員外 3,000 円	講義② 1 単位 (西岡先生) 会員 1,000 円 会員外 3,000 円