

送り状は不要です。本状のみお送りください

FAX 095-837-8348

送 信 日 平 成 年 月 日

申込締切日 平成 29 年 10 月 13 日

藤村薬品株式会社

営業支援部 栄養食品担当 小島 美穂 行

(公社) 長崎県栄養士会医療協議会 平成 29 年度第 2 回研修会 (10/21 開催) 申込書

上記研修会に参加したいので申し込みます。

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			
	<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×