

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 095-828-2616

送 信 日 平 成 年 月 日

申 込 締 切 日 平 成 30 年 1 月 24 日

国立病院機構長崎病院 栄養管理室
金子 友美 行

(公社)長崎県栄養士会医療協議会
平成 29 年度栄養情報提供書研修会 (2/10 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

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| ふりがな 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 ※氏名にはふりがな (必須)、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。 ※今回は①②両方の受講が原則となります。 ※証明書発行手続の関係上締切厳守となります。 それ以降の申込みは聴講のみとなりますのでご了承ください。(証明書の発行はできません) | | |