

(別紙)

FAX : 0957-26-9870

県央保健所 企画調整課 河村 行

(送信状は不要です)

送 信 日 平成 年 月 日

申込締切日 平成29年 12月6日

平成29年度(公社)長崎県栄養士会公衆衛生協議会スキルアップ研修会

参加申込書

所属名 _____

連絡先 _____

氏名	職種	業務内容 (複数回答可)	長崎県栄養士会 加入の有無
		母子・成人・健康づくり 特定健診・介護福祉・その他	会員・会員外
		母子・成人・健康づくり 特定健診・介護福祉・その他	会員・会員外
		母子・成人・健康づくり 特定健診・介護福祉・その他	会員・会員外
		母子・成人・健康づくり 特定健診・介護福祉・その他	会員・会員外
		母子・成人・健康づくり 特定健診・介護福祉・その他	会員・会員外

講師に質問したいことがありましたら、下記にご記入をお願いします。

()