

FAX 095-820-3453

送信日 平成29年 月 日 ( )

申込締切日 平成29年 5月26日 (金)

(公社) 長崎県栄養士会 行

## 平成29年度新人等研修会

該当する箇所に☑をおつけください。

上記研修会に参加したいので、申し込みます。1人1枚の用紙でお申し込みください。

氏名		※ <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 ※ 会員は会員番号を記入ください。 ( )
現住所	〒      -  携帯番号 (緊急連絡用) :	
勤務先名	勤務先電話番号 (      -      -      )	
※ 講演「接遇について」のみ参加希望される場合にご記入ください。  <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

勤務年数                      年

知りたい事、学びたい事、先輩に聞いてみたいことなどありましたら  
ご記入ください。

※ご記入いただいた事項は、当研修会の運営のみに使用します。