

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 095-820-3453

送 信 日 平成 年 月 日
申込締切日 平成 29 年 5 月 15 日

(公社) 長崎県栄養士会 行

平成 29 年度第 1 回栄養学術研修会申込書

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	
自 宅 住 所	〒 — 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 (— —) <input type="checkbox"/> 携帯 (— —)
勤 務 先 名	TEL (— —)
参 加 希 望	※ 参加希望について該当するものに☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部
連絡事項	