

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 11 月 7 日

(公社)長崎県栄養士会 行

平成 29 年度第 2 回栄養学術研修会
「生活習慣病予防のための食生活セミナー」
申込書

該当するものに☑をお付け下さい

上記研修会に下記のとおり参加したいので申し込みます。	
1 午前の部	<input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席
2 午後の部	<input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席
氏 名	会員の方は、会員番号をご記入ください。
自 宅 住 所	〒 ー 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 (ー ー) <input type="checkbox"/> 携帯 (ー ー)
勤 務 先 名	TEL (ー ー)
弁 当 申 込 600円	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ※お弁当のキャンセルは、11月10日(金)12:00までお受けします。 キャンセルの連絡がなかった場合には、 代金600円 を徴収します。
連絡事項	

※ 栄養士会員の方は、必ず平成 29 年度栄養士会会員証を受付に呈示してください。

郵送先 〒850-0057

長崎市大黒町 3-1 長崎交通産業ビル 5 階 (公社) 長崎県栄養士会