

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 30 年 1 月 18 日

(公社)長崎県栄養士会 行

平成29年度第3回栄養学術研修会 第16回長崎栄養改善学会
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 | | 会員の方は、会員番号をご記入ください。 |
| 自 宅 住 所 | 〒 — 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 (— —) <input type="checkbox"/> 携帯 (— —) | |
| 勤 務 先 名 | | TEL (— —) |
| 弁 当 申 込 500円 | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ※お弁当のキャンセルは、1月24日(水)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500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