

FAX 095-820-3453

送信日 平成29年 月 日 ( )

(公社) 長崎県栄養士会 行

長崎県栄養士会創立70周年 公益社団法人認定5周年  
記念学術講演会申込書

該当する箇所に☑をおつけください。

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。 ( )
参加	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 ( ) 〒 _____ - _____	
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 (      -      -      ) <input type="checkbox"/> 携帯 (      -      -      )	

※ご記入いただいた事項は、当記念事業の運営のみに使用します。