

(別紙)

FAX : 095-829-1242

長崎市子ども健康課 宮崎理絵 行

送 信 日 平成 28 年 月 日

申込締切日 平成 28 年 5 月 2 日必着

平成 28 年度 公益社団法人 長崎県栄養士会 長崎支部
第 1 回研修会申込書

_____ 支部 _____ 協議会

施設名 _____

連絡先 _____

	氏 名	長崎県栄養士会 加入の有無	会員番号
1		会員・他支部・一般	
2		会員・他支部・一般	
3		会員・他支部・一般	
4		会員・他支部・一般	
5		会員・他支部・一般	
6		会員・他支部・一般	
7		会員・他支部・一般	
8		会員・他支部・一般	
9		会員・他支部・一般	
10		会員・他支部・一般	

- ◇ 会員・他支部・一般のいずれかに○をお願いいたします。
- ◇ 会員および他支部に○をされた方は、支部・協議会名等をご記入ください。
- ◇ 連絡先（電話番号・FAX 番号）をご記入ください。