

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 0957-36-1963

送 信 日 平成 年 月 日

申 込 締 切 日 平成 31 年 5 月 10 日

医療法人伴帥会 愛野記念病院
栄養科 林 裕美 行

(公社)長崎県栄養士会医療協議会
2019 年度第 1 回スキルアップ研修会 (5/18 開催) 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。 会員 () ・非会員	
自 宅 住 所	〒 - 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 (- -) <input type="checkbox"/> 携帯 (- -)	
勤 務 先 名	TEL (- -)	
連絡事項 ※会員・非会員に○印をつけ、会員の方は会員番号を記入してください。 ※参加される講義に○印をつけてください。	講義① 1 単位 会員 1,000 円 会員外 3,000 円	講義② 1 単位 会員 1,000 円 会員外 3,000 円