

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 0950-57-2096

送 信 日 令和 年 月 日

申込締切日 令和 2 年 2 月 4 日

社会医療法人青洲会病院 栄養課
松崎 裕美子 行

(公社)長崎県栄養士会医療協議会
2019 年度摂食嚥下研修会出張講習会 (2/8 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。		