ＦＡＸ：０９５－８２０－３４５３

　　（送信票は不要です）

送信日　　令和6年 月 日

申込締切日令和6年10月11日

（公社）長崎県栄養士会事務局　行

令　和　6　年　度　新　人　研　修　会

上記研修会に参加申し込みます

参加者氏名　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）

施設名

施設住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL FAX

緊急連絡先(携帯番号等)

研修会で聞いてみたいことがあれば記載してください。