

FAX 095-820-3453

送信日 平成30年 月 日  
申込み締切日 平成30年5月25日

(公社)長崎県栄養士会 行

### 平成30年度新人等研修会

該当する箇所には☑をおつけください。

上記研修会に参加したいので申し込みます。1人1枚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。 ( )
現住所	〒 _____  _____	携帯番号(緊急連絡用) ( )
勤務先名		勤務先電話番号 ( _____ - _____ )

勤務年数 \_\_\_\_\_ 年

知りたい事、学びたい事、先輩に聞いてみたいことなどありましたら  
ご記入ください。

※ ご記入いただいた事項は、当研修会の運営のみに使用します。