

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。

FAX095-820-3453

送 信 日 平 成 年 月 日

申 込 締 切 日 平 成 3 1 年 1 月 3 1 日

(公社) 長崎県栄養士会 行

平成 30 年 度
第 3 回 栄 養 学 術 研 修 会 参 加 申 込 書
第 17 回 長 崎 栄 養 改 善 学 会

次のとおり研修会に参加したいので申し込みます。

(1人1枚の用紙でお申込み下さい)

該当するものに☑をお付け下さい

参加を希望するものに☑をつけてください。

第3回栄養学術研修会

第17回長崎栄養改善学会

参加を希望するものに☑をつけてください。			
<input type="checkbox"/> 第3回栄養学術研修会		<input type="checkbox"/> 第17回長崎栄養改善学会	
氏 名		会員番号	会員の方は、必ずご記入下さい。
自 宅 住 所	〒 ー (緊急連絡先) <input type="checkbox"/> 自 宅 TEL <input type="checkbox"/> 携 帯 TEL		
勤 務 先 名	TEL		
連 絡 事 項			

ご記入頂いた事項は、当研修会の運営のみに使用します

郵送先 〒850-0057

長崎市大黒町3-1 長崎交通産業ビル5階 (公社) 長崎県栄養士会

※栄養士会員の方は、必ず栄養士会会員証を受付に呈示して下さい。