

FAX : 095-820-3453

(送信票は不要です)

送 信 日 令和元年 月 日

申込締切日 令和元年 8月 9日

(公社) 長崎県栄養士会事務局 行

令和元年度第1回 (公社) 長崎県栄養士会福祉協議会児童福祉分野研修会

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。