（別紙）

ＦＡＸ：０９５０－２２－４２４１
平戸市役所　市民生活部　健康ほけん課　健康づくり班　石田 行
（送信状は不要です）

送　信　日　令和元年　　月　　日
申込締切日　令和元年 6 月 28 日

# 令和元年度（公社）長崎県栄養士会公衆衛生協議会スキルアップ研修会

# 参 加 申 込 書

所 属 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連 絡 先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| 氏　名 | 職　種 | 業務内容<br>（複数回答可） | 長崎県栄養士会<br>加入の有無 |
|---|---|---|---|
| | | 母子・成人・健康づくり<br>特定健診・介護福祉・その他 | 会員・会員外 |
| | | 母子・成人・健康づくり<br>特定健診・介護福祉・その他 | 会員・会員外 |
| | | 母子・成人・健康づくり<br>特定健診・介護福祉・その他 | 会員・会員外 |
| | | 母子・成人・健康づくり<br>特定健診・介護福祉・その他 | 会員・会員外 |
| | | 母子・成人・健康づくり<br>特定健診・介護福祉・その他 | 会員・会員外 |

グループワークの希望をご記入ください。
（母子・成人・健康づくり・特定健診・介護福祉・食育・どこでもよい）

氏名 ＿＿＿＿＿＿ 第１希望（　　）、第２希望（　　）、第３希望（　　）
氏名 ＿＿＿＿＿＿ 第１希望（　　）、第２希望（　　）、第３希望（　　）
氏名 ＿＿＿＿＿＿ 第１希望（　　）、第２希望（　　）、第３希望（　　）

講師に質問したいことがありましたら、下記にご記入をお願いします。

（　　）