

<会場参加申込用紙>

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

※注意 WEB参加の方は本状でのお申込みはできません。  
ホームページまたはQRコードからお申込み下さい。



FAX番号 095-820-3453

送信日：令和3年 月 日

申込締切日：令和3年10月31日

(公社)長崎県栄養士会 事務局 地域活動協議会 行

令和3年度 長崎県地域活動協議会 スキルアップ研修会参加申込書

上記研修会に参加したいので申し込みます。

ふりがな 氏名		会員番号
住所	〒 -	
緊急連絡先 (TEL)		
連絡事項	*WEBのみ開催となった場合、前日までに連絡します。 会場閉鎖でWEBのみの実施となった場合受講しますか (○を付けて下さい) 受講しない：受講する メールアドレス：_____	

ご記入頂いた事項は、当研修会の運営のみに使用します。