

FAX 0957 - 52 - 6717

発 送 日 令 和 4 年 月 日

申 込 締 切 日 令 和 4 年 12 月 1 日

大村共立病院 木下 行

令和 4 年度 (公社)長崎県栄養士会 大村支部 第 1 回研修会及び懇親会参加申込書

※ご注意

WEB 参加の方は、本状でのお申し込みはできません。

申込フォーム(下記 URL か QR コード)よりお申し込みください。

申込先 URL: <https://forms.gle/PuFsCvJLnpXFT5KL8>

QR コード →



以下を記入してください

氏 名	勤務先名	研修会 参加に ○	懇親会 参加に ○	連絡先 ①携帯電話番号 ②メールアドレス
				①携帯電話番号 ②メールアドレス
				①携帯電話番号 ②メールアドレス
				①携帯電話番号 ②メールアドレス
				①携帯電話番号 ②メールアドレス

お手数ですが、緊急連絡先として携帯番号とメールアドレスの記入をお願いいたします。
ご記入頂いた事項は、当研修会の運営のみに使用いたします。