**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**

FAX番号 **095-840-4004**（特別養護老人ホーム　いこいの園）

担当者　行

送　信　日　　　　　　令和　　　年　　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　申込締切日　　　　　　令和　　7年 　2　月 10日

**令和6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**

**上記研修会に参加したいので申し込みます。**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 参加方法 | 会場参加　　・　　WEB参加 |
| 会員・非会員 | どちらかに○をつけてください。会員は会員番号をご記入ください。  　長崎県栄養士会会員（会員番号 　　 　 ）・非会員 |
| 勤務先・協議会 | （会員の方はご記入ください　（　　　　　　　　）協議会 |
| 連絡先（TEL） | －　　　　　　－ |
| メールアドレス | WEB参加ご希望の方は、ZoomURL・資料送付のため必ずご記入下さい。 |
| 連絡事項・　　事前質問等 |  |

ご記入頂いた事項は、当研修会の運営のみに使用します。