　送信日：令和６年　　月　　 日

申込締切日：令和６年10月10日

**参加申込用紙　（FAX用）**

WEBで申し込まれた方はこの用紙での申し込みは不要です。

FAXで送られる場合は下記にご記入の上、本状のみお送り下さい。

（公社）長崎県栄養士会　事務局　地域活動協議会　行

**令和６年度　長崎県地域活動協議会　スキルアップ研修会10/23参加申込書**

上記研修会に参加したいので申し込みます。**ＦＡＸ番号　095－820－3453**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な  **氏　　名** |  | | **栄養士会員番号**(会員外はなしと記入) |
| **参加希望**  (✓をつけて下さい) | □会場講話 □会場調理　□WEB講話 　□WEB講話資料郵送 | | |
| **参加区分**  **参加費**  (✓をつけて下さい) | □長崎県栄養士会会員　□会場講話・調理　800円(資料・実習費)  　　□会場講話のみ　 100円(資料代)  □WEB講話 　　参加無料  □資料送付希望　　300円(事前振り込み)  □他県会員・会員外　1,000円(講話のみ)(WEBは事前振り込み | | |
| **所　　属**  (✓をつけて下さい) | □地域活動　　□医療　　　　□学校健康教育　　□勤労者支援  □研究教育　　□公衆衛生　　□福祉　　　□なし | | |
| **住　　所**  （**※WEB資料郵送希望の方のみ）** | 〒 | | |
| **電話番号(携帯)** | | **メールアドレス（WEB参加希望者のみ）** | |
| **地域活動の方で、WEB(ZOOM)参加の事前サポート希望の有無に✓をつけて下さい。**  □サポート希望　　　□サポート不要 | | | |
| **質問事項**（講師に尋ねたいこと等がありましたらご記入ください）・**連絡事項** | | | |

ご記入頂いた事項は、当研修会の運営のみに使用します。