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。