

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

送 信 日 令和 7 年 月 日

申込締切日 令和 7 年 1月 10日

担当：富永 行

令和6年度長崎県栄養士会福祉協議会第1回スキルアップ研修会

上記研修会に参加したいので申し込みます。

名 前	ふりがな	どちらかに○をつけてください 会員（番号 ）・非会員
勤 務 先 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
研 修 日 時	令和7年 1月22日 水曜日	
そ の 他	何かありましたらご記入ください。	