

F A X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。

(公社) 長崎県栄養士会事務局

F A X 095-820-3453

送 信 日 : 令和 年 月 日

申込締切日 : 令和 元年 10 月 31 日

(公社) 長崎県栄養士会 行

令和元年度 栄養ケア寄り添い型ソリューション事業
「地域ケア会議における助言者育成」 第2回研修会
申込書

上記研修会に参加したいので申し込みます。

氏 名		会員の方は会員番号をご記入ください。
勤務先	勤務先名 電話番号 F A X 番号 緊急連絡先	— — — — — —
栄養士会 支部名 (○を付けて下さい)	長崎 ・ 西彼 ・ 諫早 ・ 大村 ・ 佐世保 ・ 島原 ・ 北松 上五島 ・ 五島 ・ 壱岐 ・ 対馬	