

↓ 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↓

※ご注意 集合研修に参加される方のみ本状をお送りください。
WEB 上でご覧になる方はメールにてお申し込みください。

(公社) 長崎県栄養士会事務局
F A X 095-820-3453

送 信 日 : 令和 2年 月 日
申込締切日 : 令和 2年 11月13日

(公社) 長崎県栄養士会 行

令和2年度 地域栄養包括ケアシステム推進事業(旧よりソリプロジェクト)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	会員番号
勤務先	勤務先名 電話番号 — — F A X 番号 — — 緊急連絡先 — —
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
地域ケアに参加 しての悩みや感 じたこと、また 質問等をご記入 ください。	

ご記入頂いた事項は、当研修会の運営のみに使用します。