

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 095-820-3453

※ご注意 WEB参加の方は本状でのお申込みはできません。  
ホームページまたはQRコードよりお申し込みください。



送信日：令和3年 月 日

申込締切日：令和3年 9月10日

公益社団法人長崎県栄養士会 行

令和3年度第1回栄ながさき養ケア・ステーション研修会及び  
第1回地域栄養包括ケアシステム推進事業研修会参加申込書

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
勤務先名		
連絡先 (TEL)	—	—
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。