**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**（特別養護老人ホーム　いこいの園）

 　　　　　　　　　　　　　送信日 令和　7　年　　月 日

 　　　　　　　　　　　　申込締切日　令和　7　年　7月　23日

**令和7年度長崎県栄養士会福祉協議会第2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** | **※どちらかに〇をつけてください****会員（番号　　　　　　）・非会員****会員の方は支部名（　　　　　　　）**　　　 |
| **※勤務先名** |  |
| **※電話番号** |  |
| **※ＦＡＸ番号** |  |
| **※メールアドレス** |  |
| **研修日時** | **令和7年　8月6日　水曜日** |
| **その他** | **聞きたい事等がありましたら、お書きください。** |

* **※は必須事項になります。**