平成 28 年度 地域包括ケアシステムに関わる
管理栄養士リーダー育成事業 第１回研修会
申　込　用　紙

ふりがな 氏　名		＊ 該当するものに〇を付けてください。 １　管理栄養士（　栄養士会会員　・　非会員　） ２　栄養士　　（　栄養士会会員　・　非会員　） ３　その他（　　）
会員番号		
勤務先	【施設名】　　【部　署】	
自宅	【住　所】	
連絡先	TEL:　　（　携帯　・　職場　・自宅　）	
	E-mail:　　（　携帯　・　職場　・自宅　）	
備　考		

ふりがな 氏　名		＊ 該当するものに〇を付けてください。 １　管理栄養士（　栄養士会会員　・　非会員　） ２　栄養士　　（　栄養士会会員　・　非会員　） ３　その他（　　）
会員番号		
勤務先	【施設名】　　【部　署】	
自宅	【住　所】	
連絡先	TEL:　　（　携帯　・　職場　・自宅　）	
	E-mail:　　（　携帯　・　職場　・自宅　）	
備　考		

＊ 申し込み用紙を 6 月 12 日（日）までに、栄養士会事務局へ<u>ＦＡＸ（９４２－５３１２）</u>
又は、郵送でお申し込み下さい。

ご記入頂いた氏名、連絡先などの個人情報は、本会の出席・内容等の確認、ご案内に利用させていただき、それ以外の目的への利用、第三者に提供することはございません。以上、ご不明な点などがございましたら、（公社）沖縄県栄養士会までお問い合わせください。

連絡先：　公益社団法人　沖縄県栄養士会　　（担当：上原　　事務局：宮城）
〒901-2112　沖縄県浦添市沢岻 2 丁目 23 番 1 号　沖縄県保健医療福祉事業団 4 階
TEL　098-942-5311　　FAX　098-942-5312
E-mail　eiyou47@heart.ocn.ne.jp