

平成 29 年度 福祉栄養士研修会  
申 込 用 紙

ふりがな

氏 名 :

- ・ 会 員 (\*会員番号: \_\_\_\_\_) \*所属事業部 ・ 福祉 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ 非会員栄養士 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

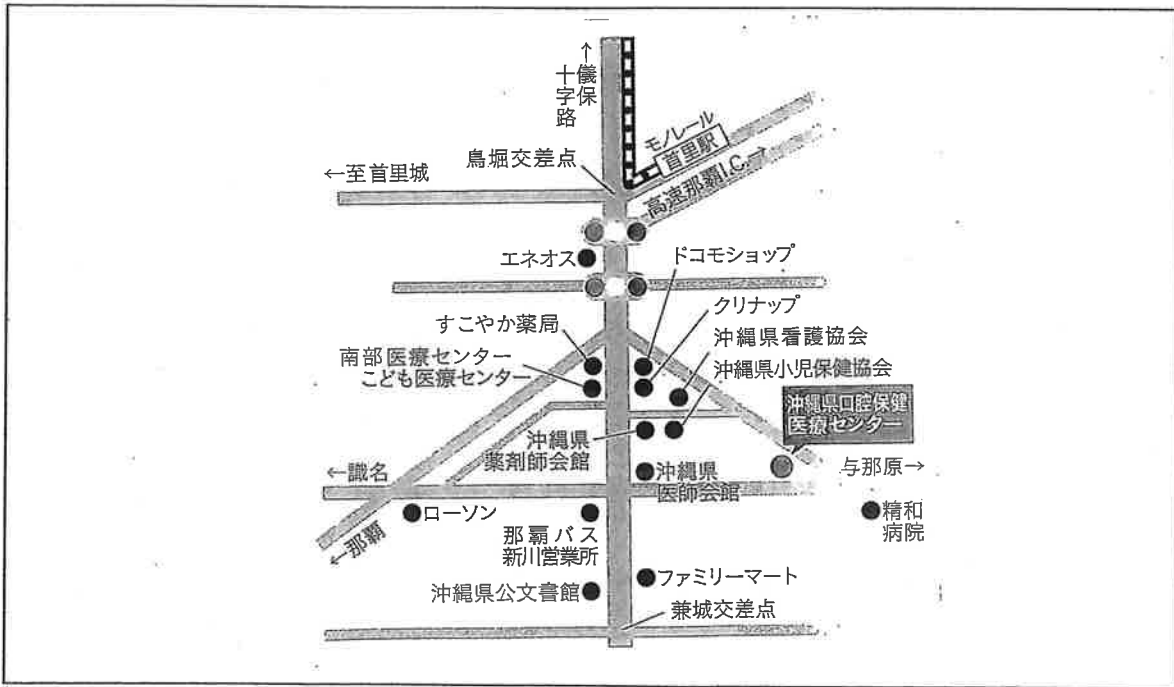
勤務先 \_\_\_\_\_

連絡先: (電話番号) \_\_\_\_\_ (Email) \_\_\_\_\_

\* 申し込み用紙を 6 月 16 日 (金曜日) までに、栄養士会事務局までお申し込み下さい。

●●●●● 沖縄県口腔保健医療センター (地図) ●●●●●

〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町字新川 218-1



下記に質問事項をご記入ください。

※この研修会で質問したいこと

※栄養マネジメント疑問や悩んでいること、よくわからないこと など

---



---



---



---



---