

平成 29 年度 医療事業部研修会 参加申込用紙

申し込み先： 公益社団法人沖縄県栄養士会 事務局

FAX 番号:098-942-5312 ※お申込みはFAXのみとさせていただきます。

【締切 10月6日(金曜日)必着】 募集定員を超えた場合、参加をご遠慮いただく旨ご連絡させていただきますので、連絡先は必ずご記入ください。

申 込 日	H29 年 月 日	
氏 名	フリガナ	職種 ○をつけてください 栄養士(会員 ・ 非会員) 事業部会名 () コメディカル: 看護師・薬剤師・検査技師・その他 ()
所 属 機 関	部署・病棟名	
連 絡 先 ※○をつけてください (所属機関・ ご自宅・その他)	〒	
	TEL () — 内線 ()	
	FAX () —	
定員を超えた場合の ご連絡先	※○をつけてください (電話 ・ FAX)	

※ 同一施設で複数名にてご参加される場合は以下に部署・職種・希望単位・ご氏名をご記入ください。

フリガナ ご 氏 名	職 種
	看護師・薬剤師・検査技師・その他 ()
	看護師・薬剤師・検査技師・その他 ()
	看護師・薬剤師・検査技師・その他 ()
	看護師・薬剤師・検査技師・その他 ()

【個人情報の取扱いについて】

個人情報は、セミナーに関する連絡以外の用途には使用せず、情報の取り扱い・管理については担当者のみが行うものとし、厳重に管理致します。