

沖縄県栄養士会事務局行き FAX:098-942-5312 (担当:平良)
 (注意) 3/18 から FAX 番号が変わります。
 E メールアドレス: eiyou47@heart.ocn.ne.jp

・本状をそのまま送信して下さい。(2名まで連記可能です。)

【申し込み期間】平成30年3月15日(木)までにご提出下さい。

定員になり次第締め切ります。

[地域活動栄養士研修会 研修会] 申込書

平成 年 月 日

氏名		会員番号	
所属部会 (会員)	<input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 公衆衛生(行政) <input type="checkbox"/> 地栄 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 非会員		
職種	<input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他()		
住所		電話	()
勤務先		電話	()
氏名		会員番号	
所属部会 (会員)	<input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 公衆衛生(行政) <input type="checkbox"/> 地栄 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 非会員		
職種	<input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他()		
住所		電話	()
勤務先		電話	()

研修会講師への質問等ございましたら、ご記入下さい。