

令和 7 年度 医療事業部研修会 参加申込用紙

＜参加申込の手順＞

参加費の振り込み後 ⇒ Web 又は FAX で申込申請 ⇒ 後日沖縄県栄養士会より案内が届く ⇒ 指定の URL より研修会へ参加(会場参加者は会場へ)

①振り込みは“**沖縄銀行内間支店(普通)1889396**”へお願いします。

振り込み者名は【506 + 氏名】でお願いします。

※例) 沖縄太郎さん → 「506 沖縄太郎」

②お申し込み方法(Web(Google フォーム)又は FAX からお申込み)

*下記のURLまたはQRコードからお申込み下さい。

<https://forms.gle/6HBLgaGHmwE1m4fQ8>



*FAX によるお申し込みは下記記載をお願いします。 FAX番号:098-888-5312 です

ふりがな

氏 名 :

☐ 会員 (会員番号:) ☐ 非会員

所属事業部 : ☐ 医療 ☐ 福祉 ☐ 地域 ☐ その他()

勤務先 :

連絡先(電話番号) :

※現在、沖縄県栄養士会医療事業部会員のメーリングリストを作成中。栄養士会からの情報や連絡に活用したいので、ご了承いただける方は E-mail のご記入をお願いします。

E-mail :

受講承諾書

私は今回の研修受講にあたり、以下の内容について承諾します。

☐ 受講にあたりダウンロードした資料は、本研修目的以外には使用しないこと

※申し込み締め切りは **2025 年 6 月 27 日(金)**までとなっています。

お問合せ: 公益社団法人沖縄県栄養士会 事務局

〒901-2122 沖縄県南風原町新川 272-19

TEL 098-888-5311 FAX 098-888-5312