

研修会申込書

【申込先】 公益社団法人兵庫県栄養士会事務局

FAX 078-262-6645

申込日：令和 年 月 日

研修会名			
日時/場所	日時：令和 年 月 日 ： ~ : 場所：		
ふりがな			
氏名			
会員番号			
職域	所属する職域に「○」をつけてください。 医療・福祉・地域活動・学校健康教育・ 公衆衛生・研究教育・勤労者支援		
日中の連絡先	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	
	上記番号が 勤務先の場合	勤務先名	