

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 | |
| E-mail | (フリガナ) ----- ※兵庫県栄養士会PC(k-eiyou@portnet.ne.jp)からのメールを受信可能にするよう設定 をお願いいたします。 | | |