

(別 紙)

【送信先 (公社) 京都府栄養士会 FAX 075-642-7569】

平成30年度北部地区 在宅療養者への訪問栄養食事指導研修 申込用紙

平成30年 月 日

受講される研修日に○印、氏名他をご記入ください。原則、全2回の受講をお願いします。

- ① 9月29日(土) ② 9月30日(日)

| | | | |
|------------|------------------------------------|----------|--|
| 氏名 | | お住いの市町村名 | |
| 所属 栄養士会 | 会員 ・ 会員外 他府県であれば所属府県名 () | | |
| 会員番号 | | 所属職域部会 | |
| 連絡先 TEL | | | |
| 勤務先名 | | | |

※個人情報本事業以外で使用いたしません。