下妻市立下妻中学校　栄養教諭　島田亜紀美　行　【提出期限　 ７月14日(金)】

メールアドレス：simada.akimi@mail.ibk.ed.jp

**学校健康教育専門研究会研修会および定時総会　出欠連絡票**

会員番号　　　　　　　　　　　　　（非会員は記入不要）

勤務先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

・該当する方に○をつけてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日　程 | 会場出席 | 動画配信 |
| ７月31日（月） |  |  |
| ８月１日（火） |  |  |

　　研修は２日間かけての内容になりますので、なるべく両日とも出席できるように調整してください。

研修会に参加される方へ、後日アーカイブでの配信を予定しています。ハイブリッド型LIVE配信ではありませんので、あらかじめご了承ください。

・受講補助券を利用します　（　はい　　いいえ　）

該当する方を○で囲んでください。

また、研修会費につきまして、各自、振込のご協力をお願いいたします。

１　振込金額

　　茨城県栄養士会会員　2,000円　　　　　非会員　4,000円

２　振込方法

　①下記振込先に所属の市町村、氏名が分かるように振込をお願いします。

　②振込手数料は、各自でご負担願います。

３　振込先

常陽銀行　下館支店　（　店番０１０　）　　　　　普通　２１８３５９５

茨城県栄養士会　学校健康教育専門研究会

○振込名義人は、所属する市町村名、氏名（フルネーム）を記載

　　　　例）　ミトシ　ヤマダ　ハナコ

４　受講補助券を使用する場合

　　会場での参加を希望される方は、当日、補助券を提出してください。動画視聴のみを希望される方は、研修当日までに必要枚数をPDFファイルにして、下妻市立下妻中学校　島田亜紀美　宛　にメール送信をしてください。

※総会を成立させるためには会員の過半数の出席もしくは委任状の提出が必要となります。

**欠席の場合は下記の定時総会委任状を必ずご提出下さい。**

定時総会　委任状

私儀　令和５年７月31日開催の学校健康教育専門研究会総会における議案に

関する一切の権限を、島田亜紀美に委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先 |  |
| 氏　　名 | 印 |
| 氏　　名 | 印 |
| 氏　　名 | 印 |
| 氏　　名 | 印 |

※　同一の勤務先に複数の会員がいる場合はまとめてご提出下さい。

氏名を記入、押印後、PDFファイルにして　下妻市立下妻中学校　島田亜紀美　宛

〈[simada.akimi@mail.ibk.ed.jp](mailto:simada.akimi@mail.ibk.ed.jp)〉にメールで送信してください。