

別紙



FAX : 029-228-4271 (送り状不要)

新任研修受講申込書

下記、受講申込書に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送・メールによりお申込み下さい。

令和 5年 7月7日 (金) 必着

施設名		
住所	〒	
電話番号	勤務先	緊急連絡先 (日中連絡が取れる番号)
参加者氏名①	茨城県栄養士会会員は会員番号を記入して下さい。 (NO:) (専門研究会名:)	
参加者氏名②	茨城県栄養士会会員は会員番号を記入して下さい。 (NO:) (専門研究会名:)	

講師の先生へご質問などがありましたらご記入ください。

[]

お問い合わせ・申込先

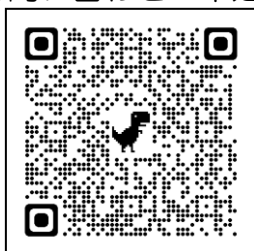
(公社) 茨城県栄養士会

新任研修 担当：櫻井

〒310-0034 茨城県水戸市緑町3-5-35

TEL : 029-228-1089 FAX : 029-228-4271

e-mail : info@ibarakiken-eiyoushikai.or.jp



←こちらのQRコードを読み取り、
Googleフォームからお申込み頂けます。