公益社団法人岩手県栄養士会　事務局あて

FAX019-625-3707

平成 30 年度岩手県栄養士研修会　参加申込書

上記研修会の参加について、申込みします。

お名前	
ご住所	
お電話	
所属等 所属されている団体等がある場合は〇をつけて、団体名をお書きください。	・　医療関係団体〔団体名:　　〕 ・　学生〔学校名:　　〕 ・　所属は特になし

★ 5 月 21 日(月)までに、ファックス提出願います。

★ お電話で申込みされる場合も、上記についてお知らせ願います。