（公社）岩手県栄養士会あて

　FAX：019-625-3707 Ｅ-mail：i-dietitian2@iwate-eiyoshikai.or.jp

第39回岩手栄養改善学会演題申込書

|  |
| --- |
| １　所属職域 　　※該当に〇をつけ、必要事項を記入願います。 |
| ① 医療 　　　　　 ② 学校健康教育 　 ③ 研究教育　　　　　　④ 公衆衛生⑤ 勤労者支援　 　⑥ 地域活動 　 　　 ⑦ 福祉　( 高齢 ・ 児童 ・ 障がい　)⑧ その他　　[ ・　職種（　　　　　　　　　　　　　　　）・　学生　] |
| ２　発表方法　 | ① 　口頭発表　　　　　　　　　　　　　　② 　示説発表(ポスター)　　　 |
| ３　演題名　 |  |
| ４　発表者、連名者（全員）およびその所属、代表発表者には○をつけて下さい。　 |
|  |
| ５　代表発表者及び連絡先 |
| ふりがな① 氏名 |  |
| ② 所属　(勤務先) |  |
| ③ 住所 　 | 〒 |
| ④ 電話番号　　 |  | FAX |  |
| ⑤ Ｅ-mail　 |  |