

愛知県栄養士会 FAX ( 0 5 2 ) 3 3 2 - 6 0 0 9

申込み締め切り 平成 2 1 年 6 月 1 5 日 ( 月 ) 必着

平成 2 1 年度第 1 回福祉協議会研修会申込書

平成 2 1 年 7 月 3 日 ( 金 )

分 科 会	希望分科会に 印をつけてください	
	午 前	午 後
老 人		
障がい		
児 童		

会員番号 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

所属協議会 \_\_\_\_\_ (必ずご記入ください)

勤務先 \_\_\_\_\_

勤務先住所 \_\_\_\_\_

連絡先 (電話) \_\_\_\_\_

連絡先 (F A X) \_\_\_\_\_

定員になり受付が出来なかった場合の連絡は、ご記入の (連絡先 FAX 又は、お電話) を利用させていただきます。