

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 2 年 6 月 2 5 日 (金) 必着

平成 2 2 年度 障がい者栄養マネジメント研修会申込書

開催日：平成 2 2 年 7 月 7 日 (水)

会員番号 _____

非会員の方は空欄で結構です。

フリガナ

氏名 _____

勤務先 _____

勤務先住所 _____

連絡先 (電話) _____

連絡先 (F A X) _____