

F A X 申 込 書

愛知県栄養士会事務局行き

FAX : 0 5 2 - 3 3 2 - 6 0 0 9

締切 3月10日(土)

3月18日(日)の第4回「病院協議会研修会」に参加します。

所属協議会 _____

所属施設名 _____

会員番号 _____

ご氏名(フリガナ) _____

ご連絡先FAX _____

(無い場合はTEL)

定員(120名)を超えた場合等、お断りの連絡に使用いたします。

問い合わせ・参加申し込み後の取消などは、

第4回研修会代表 岩田 弘幸 にお問い合わせいたします。

連絡先: 知多厚生病院 栄養科 TEL 0569-82-4607

名古屋通信ビル

名古屋市中区千代田 2-15-18

TEL 052-263-5220

JR 中央線「鶴舞」駅より徒歩2分

地下鉄「鶴舞」駅

1番出口より徒歩1分

(会場へは、公共交通機関をご利用ください。)

