

平成 30 年度福祉事業部スキルアップ研修会【障害】参加申込書

ふりがな 氏 名		男・女	所属栄養士会	
			会員No.	
現住所	〒			
	TEL — —			
	FAX — —			
勤務先 ※必須				
所在地	〒			
	TEL — —			
	FAX — —			
備 考 ※該当箇所に☑ してください	☐ 管理栄養士 ☐ 栄養士 ☐ 経験年数（ ）年 ※勤務先の主たる対象者 ☐ 身体障害者 （肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語、内部障害） ☐ 知的障害者 ☐ 障害児 ☐ 精神障害者 ☐ 難病等			

※前日、平成 30 年 10 月 27 日（土）、平成 30 年度全国福祉栄養士研修会を江東区・東京ビッグサイトにて開催いたしますので併せてご参加ください。

【 】平成 30 年度全国福祉栄養士研修会（10 月 27 日（土））へ参加予定