

〔平成30年度 公衆衛生事業部全国新任者研修会〕申込書

ふりがな 氏 名		所属栄養士会名:	☐ 非会員
		会員No.	
現住所	〒 TEL — —		
E-mail	@		
勤務先			
勤務先所在地	〒 TEL — —		
備考	区 分（都道府県・保健所設置市・特別区・市町村） 勤務先区分（本庁・保健所・保健センター）管内人口（ 人） 勤務年数（ 年 内、行政経験年数 年）		
連絡事項	情報交換会〔希望する・希望しない〕 請求書〔要・不要〕宛名他： ※記載のない場合は、発行日の日付で「研修会参加費用」として申込者氏名での発行となります。 ※領収書が必要な方は、(公社)日本栄養士会ホームページより「領収書発行依頼書」をダウンロードし必要事項をご記入の上、郵送にてお申し込みください。		

<ホームページ用>