

平成30年度群馬県自立支援型ケアマネジメント推進事業に
係る栄養士向け研修

参加申込書

FAX送付先:027-232-2944

群馬県栄養士会

申込締切:1月31日まで

(資源削減の為、送付票は不要です)

①	(ふりがな) 氏 名	()
②	職 種	
③	所属勤務先	
④	所在市町村	
⑤	連絡先電話番号	

※研修会後に終了者名簿を県に提出します。

必要に応じて県から市町村および地域包括支援センターに
提供する場合があります。