

FAX 専用

【平成 29 年度群馬県栄養士会 生涯教育研修会申込書】

研修会担当事業部：医療

■開催日時：平成 30 年 3 月 24 日（土）14:00～16:00

■会場：独立行政法人 地域医療機能推進機構 群馬中央病院 大会議室

群馬県栄養士会事務局 FAX：027-232-2944

（送信書は省略、平成 30 年 3 月 16 日（金）までに送付
して下さい。締め切りは厳守でお願い致します）

① どちらかに○をつけて下さい。（ 会員 ・ 非会員 ）

② 氏 名 : _____

③ 職域事業部名 : _____（会員の場合）

④ 会員番号（8桁）: _____（会員の場合）

⑤ 勤務先名 : _____

⑥ 連絡先電話 : _____

（日中に連絡のできる電話番号）

※会員番号は、**8桁**すべてご記入下さい。

未記入の場合は、会員外としてのご対応になりますことご了承下さい。

※個人情報の利用について

お申し込みいただいた方から提供いただく個人情報は、研修会運営に関する御連絡、
情報伝達に使用いたします。

お申し込みいただいた方の同意なく目的以外に利用いたしません。