

青森県栄養士会 医療職域会 研修会申込用紙

【一般・会員用】

青森県栄養士会 医療職域会 事務局

弘前愛成会病院 行 FAX : 0172-34-5026

申し込み日：平成 年 月 日

該当する方にをつけて下さい。

栄養士(栄養士会非会員・会員(会員番号_____))

栄養士以外の他職種(職種名_____)

住所：_____

氏名：_____

勤務先：_____

連絡先 TEL _____

参加方法 (該当するにを付けてください)

研修会のみ

(栄養士会非会員 10,000 円、栄養士会会員 5,000 円、他の医療職種 6,000 円)

研修会+宿泊

(栄養士会非会員 18,000 円、栄養士会会員 13,000 円、他の医療職種 14,000 円)

研修会+情報交換会

(栄養士会非会員 15,000 円、栄養士会会員 10,000 円、他の医療職種 11,000 円)

どちらか1日のみの参加の方は参加希望日を連絡事項に記入して下さい。

連絡事項記入欄