

(公社)青森県栄養士会 弘前地区研修会申込用紙

申込先

弘前愛成会病院栄養科(担当：石岡)行

FAX：0172-34-5026

申し込み日：平成 年 月 日

該当する項目に☑をつけて下さい(参加費は当日徴収致します)。

非会員(1,000 円)

栄養士会会員(500 円)

(会員番号_____)

※栄養士会会員の方は会員番号も必ず記載して下さい。

※複数名参加の際は、それぞれの氏名、会員番号等を記載してください。

学生(250 円)

●情報交換会参加の有無について

参加します(会費 3,500 円(当日徴収))

参加しません

日 時：平成 31 年 4 月 13 日(土) 17:30 ~ 20:30

場 所：「くいもの屋 わん」

住 所：弘前市駅前町 17-7 TEL：0172-32-5711

参加者連絡先

住所：_____

氏名：_____

勤務先：_____

連絡先 TEL：_____

連絡事項記入欄