２月１７日（月）までに送信してください。FAX　**011‐831‐5622**

**JCHO北海道病院　栄養管理室　山田　朋枝 宛**

**※後日、日本栄養士会から入金伝票が発送されます。**

**（送信書は省略、締め切り厳守でお願いします）**

**2019年度摂食嚥下北海道・東北ブロック研修会に出席します。**

**◆勤務先名**　　◆**電話番号**

会員番号　Ｎｏ．　　　　　 　　　　氏　名

　　　　　　　　　　 　　　　話

会員番号　Ｎｏ．　　　　　 　　　　氏　名

　　　　　　　　　　 　　　電　話

会員番号　Ｎｏ．　　　　　 　　　　氏　名

　　　　　　　　　　 　　　電　　　　　　　　　　話

会員番号　Ｎｏ．　　　　　 　　　　氏　名

　　　　　　　　　　 　　　電　話

会員番号　Ｎｏ．　　　　　 　　　　氏　名

※不足の場合はコピーしてご使用ください。