

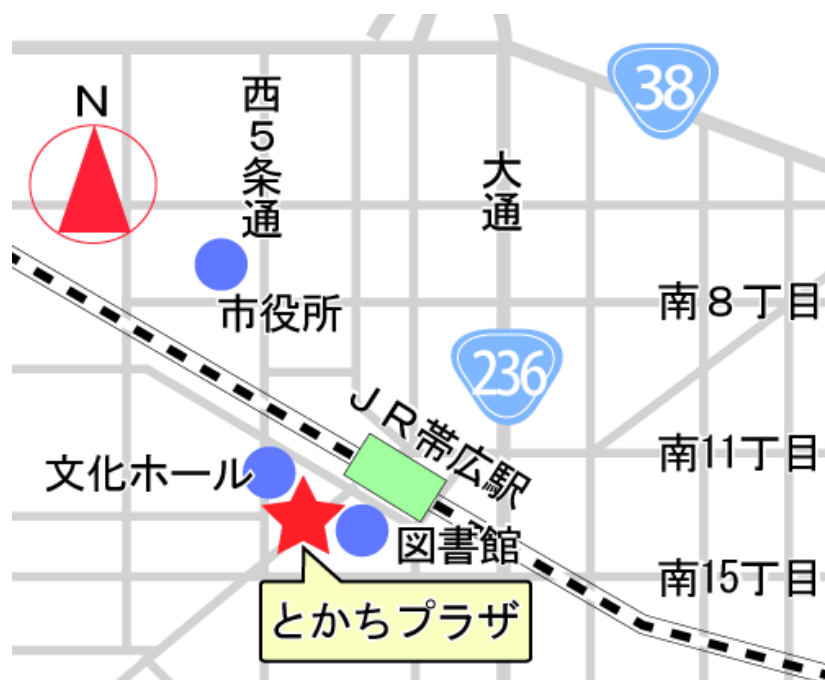
医療栄養士協議会地方研修会(十勝)申込書 7月27日(土)			
会員番号		非会員(職業)	
ふりがな			
氏名			
住所〒			
*万一、天候不良などにより開催不可能となった場合、お知らせをEメール・電話・FAXのいずれかでさせていただきます。以下に緊急連絡先を必ず記入下さい。			
E-mail			
TEL			
FAX			
所属職域協議会 (該当に○)	医療・福祉・学校健康教育・研究教育・公衆衛生・地域活動・勤労者支援 非会員(栄養士)・非会員(一般)		

申込先

FAX : 011-251-0783

E-mail : mail@hokuei.or.jp

郵送 : 〒060-0061 札幌市中央区南1条西5丁目20 郵政福祉札幌第一ビル4階
公益社団法人 北海道栄養士会事務局宛



申込締切日 7月19日(金)必着

*駐車場の数に限りがありますので
乗り合わせ又は公共交通機関をご利用ください

*問い合わせ先

帯広第一病院栄養科 木村
電話0155-25-3121(代表)

メール : grandioso@fm2.seikyoku.ne.jp