

千葉県栄養士会医療事業部

2019年度 第1回印旛地区研修会 FAX 申し込み書

FAX番号：043-484-1825（代表）

佐倉厚生園病院 栄養給食科 及川 宛

申込日 2019年 7 月 日

施設名	
電話番号	
所在地	

参加申し込み者氏名		区分 (会員・一般)	所属
氏名		会員・一般	
氏名		会員・一般	
氏名		会員・一般	

※ ご記入頂きました個人情報は、本研修会のご出席者の確認のみで使用し、その他の第三者に提供することはありません。本研修会終了後に、速やかに破棄いたします。

会場案内図



佐倉市
 ミレニアムセンター佐倉佐
 TEL：043 483 3081
 〒285-0005
 千葉県佐倉市宮前3丁目4-1