

FAX 用申込書 (HP 掲載用)

**市川市保健センター健康支援課川原 行**

F A X 0 4 7 - 3 1 6 - 1 5 6 8 (申込〆切 10 月 2 日 (水))

※送付票は不要です。必ずご連絡先を記入の上、送信願います。

**千葉県栄養士会公衆衛生事業部第 2 回中央研修会申込書**

1 研修会参加希望

(1) 千葉県栄養士会 公衆衛生事業部 会員 (無 料)

NO	所属	氏名

(2) 千葉県栄養士会 公衆衛生事業部以外の会員 (参加費 : 1 人 100 円)

会員番号	所属	氏名

(3) 千葉県栄養士会 会員以外の管理栄養士・栄養士 (参加費 : 1 人 3,000 円)

NO	所属	氏名

2 講師への質問等記載願います。

--

記載者

所属	
氏名	
電話	