

## 第 37 回食事療法学会 参加申込書

標記研修会に参加したいので、申込みます。

ふりがな									
氏 名									
自宅住所	〒	—					TEL	—	—
	..... 都・道・府・県 <small>いずれかを○で囲む</small>						FAX	—	—
勤務先住所*1 (勤務先名・部署)	〒	—					TEL	—	—
	..... 都・道・府・県 <small>いずれかを○で囲む</small>						FAX	—	—
会員の有無	日本栄養士会会員・非会員 <small>いずれかを○で囲む</small>				会員番号*2				
資 格*3	管理栄養士 ・ 栄養士 ・ その他 (.....) <small>いずれかを○で囲む</small>								
所属職域事業部	医療（病院） ・ 学校健康教育 ・ 勤労者支援（集団健康管理） ・ 研究教育 公衆衛生(行政) ・ 地域活動 ・ 福祉 ・ 非会員／不明 <small>いずれかを○で囲む</small>								
性 別	男 ・ 女 <small>いずれかを○で囲む</small>								
懇親会(3/3)	参加する ・ 参加しない <small>いずれかを○で囲む</small>								
連 絡 先	自宅 ・ 勤務先 <small>いずれかを○で囲む</small>								
受 講 費	参加費 ..... 円、懇親会 ..... 円、合計 ..... 円								

- \* 勤務先を連絡先に指定する場合には、必ず部署名まで記入してください。
- \* 会員番号(8桁)の記載がない場合には会員割引は適用されません。会員の方は必ず会員番号を記入してください。
- \* 学生会費で申込みをする場合には、その他 の欄に学校名を記入してください。
- \* 上記申込書に必要事項を記入し、返信用封筒(長3封筒に82円切手添付、送付先住所を記入)を添えて、次へ郵送でお申し込みください
- \* 返信用封筒には、参加申し込み番号(演題登録の際必須)が記載された用紙及び振込用紙を入れて郵送しますのでご確認下さい。

公益社団法人日本栄養士会 食事療法学会係  
〒105-0004 港区新橋 5-13-5 新橋 MCV ビル 6 階  
TEL : 03-5425-6555 FAX : 03-5425-6554 (受付時間 平日 9:00~16:00)