

第 39 回食事療法学会参加申込書

ふりがな		所属栄養士会名: _____	
氏 名		会員No.*2 _____	<input type="checkbox"/> 非会員
自宅住所	〒 _____ _____都・道・府・県	TEL _____	_____
		FAX _____	_____
勤務先住所 *1(勤務先 名・部署)	〒 _____ _____都・道・府・県	TEL _____	_____
		FAX _____	_____
e-mail	_____@_____		
資 格*3	管理栄養士 ・ 栄養士 ・ その他 (_____)		
情報交換会 (3/7)	参加する ・ 参加しない		
連絡先	自宅 ・ 勤務先		
受講費	参加費 _____円 情報交換会 _____円 合計 _____円		
備 考			

*1 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。

*2 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。

*3 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。

※ランチョンセミナーは、第 39 回食事療法学会ホームページからの申込みとなります。