

栄養担当職員研修会

参加申込書

(施設名)	
(施設)住所	
(施設)TEL	
(施設)FAX	
申込責任者	

平成 30 年 2 月 10 日 (土) 開催の栄養担当職員研修会に
参加を希望します。

(経験の有無、いずれかに○)

参加者氏名	職 種	経験年数	ソフト食・嚥下食の栄養管理経験の有無	
			有	無
			有	無

- ※当日持参する用品はお忘れのないように。
- ※講師への質問がありましたらご記入ください。

※ 参加申込書は、2月2日(金)までにメールまたは FAX いただければ幸いです。

公益社団法人群馬県老人保健施設協会 事務局
TEL 027-233-0350 FAX 027-233-0599
E-mail gunmakenrouken@sunny.ocn.ne.jp