

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 6 月 23 日（土）開催の栄養担当職員研修会に
参加を希望します。

| 参加者氏名 | 職 種 | 経験年数 |
|-------|-----|------|
| | | |
| | | |
| | | |

- ※検討資料はお忘れなく、ご持参ください。
- ※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、6月15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