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 |  |

令和元年8月3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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※貴施設について伺います。該当番号に〇をつけてください。

　　　現在、嚥下調整食を　①導入している　　②検討中　　③導入していない

　※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、7月26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