

臨床栄養師海外研修申込書(願書)

| | | |
|-----------------|--------------------------|-------------------------------|
| 受講番号 | | |
| 継続研修の種別 | 1. 学会主催 2. 継続研修受託団体主催 | (写真貼付) 上半身 4 × 3 cm |
| フリガナ | | |
| 氏名 | | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日 生まれ () 歳 | |
| 連絡先住所 自宅・勤務先 | 〒 - | |
| TEL | | 最終学歴 |
| FAX | | |
| 公的資格 | | |

海外研修の受講希望者は、上段の申込書及び下段の受講票の太枠内に記入し、切り離さずに双方に写真を貼付のうえ、振込済の郵便振替払込金受領証のコピーを同封して学会に郵送で申し込みをしてください。

なお、お振り込みの際には通信欄に「海外研修」と記入願います。

郵便振替口座番号：

加入者名：一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

臨床栄養師海外研修受講票

| | | |
|-----------------|--------------------------|-------------------------------|
| 受講番号 | | |
| 継続研修の種別 | 1. 学会主催 2. 継続研修受託団体主催 | (写真貼付) 上半身 4 × 3 cm |
| フリガナ | | |
| 氏名 | | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日 生まれ () 歳 | |
| 連絡先住所 自宅・勤務先 | 〒 - | |

※連絡先が勤務先の場合は、必ず勤務先名をご記入願います。