**日本健康･栄養システム学会第20回九州地方会**

**参加申込書**

臨床栄養師　　井村　沙織　宛

E-mail： ncm.kyusyu@gmail.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 |  | 所属 | 　　県： |
| 住 所 | ( 職場 ･ 自宅 )〒 |
| Mail |  | 電話 | 携帯： |
| 参加方法 | どちらかに○印　　：　　　対　面　　　・　　　遠　隔（Zoom） |
| 参加費 | 会員・非会員3,000円　　　学生1,000円（*申込時に学生証のコピーを送付ください*）ゆうちょ銀行　記号17710　番号20324401　ｴﾇｼｰｴﾑﾀﾞｲｼﾞｭｳﾛｯｶｲｷｭｳｼｭｳﾁﾎｳｶｲ*11月15日(水)までに入金をお願いします* |
| ご質問 |  |

*＊申し込み受理後3日以内に返信します。返信がなければ再度送信をお願いします。*

臨床栄養師研修会（11月22日水曜日）13:30～

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 |  | 所属 | 　　県： |
| 住　所 | ( 職場 ･ 自宅 )〒 |
| Mail |  | 電話 | 携帯： |
| 参加費 | 無料 |
| ご質問 | 課題にして欲しい内容をお書きください |
| 懇親会 | 参加　　　　　　　不参加 |

*臨床栄養師研修会だけの参加も可能です。*

**日本健康･栄養システム学会第20回九州地方会　事務局**

医療法人共和会　小倉リハビリテーション病院

井村　沙織

