

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 エヌシーエムダ イジ ュロツカイクウシユウチホウカイ 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

