

申込締切日：1月18日（金）

定員 100 名に達しだい、申し込みを終了させていただきます。

FAX：096-368-4619

（公社）熊本県栄養士会 勤労者支援事業部行

第2回 勤労者支援研修会

ライフスタイルに寄り添った働き盛りの健康支援を考える

参加申込書

ふりがな 氏名			会 員（いずれかに○）	会 員 ・ 会 員 外
			会 員 番 号	
地 域			職 域	
連 絡 先	勤務先・自宅	〒		
	TEL		FAX	
特定保健指導 について	<input type="checkbox"/> 日常業務として実施している <input type="checkbox"/> 時々実施している <input type="checkbox"/> 実施したことはない <input type="checkbox"/> これから実施する予定がある <input type="checkbox"/> その他（)			

<修了証について>

修了証は午前・午後を通して受講された方に配布いたします。

事前お申込みがなかった方の場合、後日熊本県栄養士会事務所にてお渡しします。