

# 平成29年度全国保健所管理栄養士会第1回スキルアップ講座申込書

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(申し込み先)

(申込締切：平成29年6月23日(金))

一般財団法人 日本公衆衛生協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8

TEL：03-3352-4281 担当 鎌田・若井

E-mail：hc-kanri@jpha.or.jp

FAX：03-3352-4605

下記の必要事項を記入して、左記申し込み先まで  
メールでお申し込みください。

|                                                                    |                                          |  |      |                           |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|------|---------------------------|
| フリガナ                                                               |                                          |  |      | 全国保健所管理栄養士会入会状況 ○を付けてください |
| 氏名                                                                 |                                          |  |      | 入会済み ・ 今回入会する ・ 入会しない     |
| 自宅住所                                                               | 〒 _____ 都道 _____ 府県 _____                |  |      |                           |
| 勤務先名                                                               |                                          |  | 就業年数 | 年(現所属 年日)                 |
| 勤務先住所<br>メールアドレス                                                   | 〒 _____ メールアドレス： _____ 都道 _____ 府県 _____ |  |      |                           |
| 連絡先<br><input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 勤務先 | TEL                                      |  | FAX  |                           |
|                                                                    | Eメール                                     |  |      |                           |

【意見など】全国保健所管理栄養士会へのご意見・ご要望などございましたら、お書きください。