

F A X送信票

宛先： _____ 管理栄養士 _____ 宛

FAX： _____

(TEL： _____)

*今回は、Aブロック研修会の参加希望者が定員を超えた場合、
Bブロックの研修会にご案内させていただき人数調整する必要があるため、通常よりも〆切が早くなっております。ご注意ください。

参加・不参加を5月7日(火)までにメール又はFAXにて必ずご返信下さい。

神奈川県老人保健施設協会 栄養部会 6/20 Bブロック研修会

参 加 ・ 不参加

氏 名 (複数人の場合は枠内に 全員記名してください)	
施設名	
連絡先	TEL : FAX :

*5月7日(火)までに、返信をお願いいたします。