FAXで送られる場合には、送り状は不要です。本状のみお送りください 。

会場参加の方はURLまたはQRコード申込みと併せてFAXでもお申込下さい。

WEB参加の方はURLまたはQRコードからお申込み下さい。

FAX番号 **095-845-0332**（済生会長崎福祉センター）

 　　　　　　　　　　　　　送信日 令和5年　　月 日

 　　　　　　　　　　　　申込締切日　令和5年　10月　25日

済生会長崎福祉センター　　谷川清香　行

**令和5年度長崎県栄養士会福祉協議会第2回スキルアップ研修会**

上記研修会の会場参加を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名前 | ふりがな | どちらかに〇をつけてください会員（番号　　　　　　）・非会員　　　　 |
| 勤務先名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 会場参加資料 | **参加申込み・支払いについてはパスマーケットからお願いします**資料はメールで送信されますが、印刷準備が難しい方のみ当日会場で準備します。（別途会場にて資料印刷代100円（現金）を徴収いたします。）　　　　　資料印刷を希望する　・　希望しない |
| 備考 | 質問等があればご記入下さい。 |