送信日：令和5年　 月 日

申込締切日：令和5年11月11日

**参加申込用紙　（FAX用）**

WEBで申し込まれた方はこの用紙での申し込みは不要です。

FAXで送られる場合は下記にご記入の上、本状のみお送り下さい。

**ＦＡＸ番号　０９５－８２０－３４５３**

（公社）長崎県栄養士会　事務局　地域活動協議会　行

**令和5年度　長崎県地域活動協議会　スキルアップ研修会参加申込書**

上記研修会に参加したいので申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ り が な氏　名 |  | 栄養士会会員番号(会員外はなしと記入) |
| 参加区分(✓をつけて下さい) | □長崎県栄養士会会員　□他都道府県栄養士会会員□会員以外 |
| 所　　属(所属の協議会に✓をつけて下さい) | □地域活動　　□医療　　　　□学校健康教育　　□勤労者支援□研究教育　　□公衆衛生　　□福祉 |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号(携帯) | メールアドレス（WEB参加希望者） |
| 参加方法 | 希望される参加方法を〇で囲んでください。　　　　・会場参加　　　　　・WEB(ZOOM)参加 |
| 質問事項（講師に尋ねたいことがありましたら記入ください） |
| サポート希望の有無 | WEB参加でサポート希望の有無を〇で囲んでください・サポート希望　　　　・サポート不要 　　　　　　　　　　　 |

ご記入頂いた事項は、当研修会の運営のみに使用します。