



**FAX:0767-52-7650**

**申込方法**

研修会参加ご希望の方は必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。

医療法人松原会 七尾松原病院栄養課 秋田 宛て

**参加申込書**

申込日:2018年 月 日

施設名					
住所	〒 -				
TEL			FAX		
代表者	ふりがな	所属		職種	
	氏名				
参加者	ふりがな	所属		職種	
	氏名				
参加者	ふりがな	所属		職種	
	氏名				
参加者	ふりがな	所属		職種	
	氏名				
参加者	ふりがな	所属		職種	
	氏名				
参加者	ふりがな	所属		職種	
	氏名				

※本申込用紙に記載された個人情報は、本セミナーの運営管理の目的のみに利用させていただきます。  
※定員になり次第締め切ります。  
※参加費は無料となります。

**申込締切 2018年7月6日(金)**