

石川県栄養士会 事務局 あて

FAX:076-259-5062

令和 2 年度「特定健診・特定保健指導従事者研修会」参加申し込み

※修了証は必要な方のみ交付しますので、希望される方は氏名を明確にご記入ください。

連絡先

所 属 _____

住 所 _____

電話番号 _____

参加希望者

参加希望日および修了証の交付を希望される場合は○をつけてください。

職種	氏名	特定健診・指 導従事年数	9/28 (月)	修了証希望
		年	()	
		年	()	
		年	()	
		年	()	

※初参加には()内に○をつけてください。

申込締切:9月3日(木)

※申込締切後のお申し込みはお受けいたしません。