

返信用FAX送信票  
(FAX番号:06-6943-6467)

令和4年度日本病態栄養学会栄養サポートチーム専門療法士実地修練  
参加登録用紙

【宛先】  
〒540-0006 大阪市中央区法円坂2-1-14  
国立病院機構大阪医療センター 職員研修部 金光  
TEL:06-6942-1331(代表)

①	フリガナ		性別	男・女
	参加希望者氏名			
②	施設名			
	所属(連絡先)			
	役職・担当			
③	住所(書類送付先)	〒 -		
	いずれかに○ (勤務先・自宅)	書類送付先が勤務先の場合(事務ご担当者様・ご本人様) 宛		
	メールアドレス			
	電話番号			
④	事務担当者	フリガナ		
		氏名		
		所属部署		
		メールアドレス		
		電話番号		

※申込期限:令和4年6月30日 必着

※申込締切後、上記の住所へ研修関係書類を郵送致します。