

別紙

(社)山口県栄養士会事務局 行き

FAX:083-902-8208

平成 21 年度「介護予防・予防給付関係担当者研修会」参加申込書

平成 年 月 日

氏 名	
施設名	
職 種	
連 絡 先	〒 住所
	TEL
備 考	

※ 申込用紙に記載された情報は研修会の運営管理の目的のみに使用いたします。

申込期限 1月18日(月)

問合せ先 (社)山口県栄養士会 TEL:083-932-8015