

## FAX 用申込書

送信先	申込期日
千葉県印旛健康福祉センター（保健所） 地域保健課 綾部 行 FAX 043-486-2777 Email: e.mtsmt2@pref.chiba.lg.jp	令和元年 11 月 29 日（金）

※送付票は不要です。

※公衆衛生事業部会員については、管轄する健康福祉センター（保健所）を通じてお申し込みください。

## 千葉県栄養士会公衆衛生事業部第3回中央研修会申込書

### 1 研修会参加希望

(1) 千葉県栄養士会 公衆衛生事業部 会員（無料）

NO	所属	氏名	経験年数

(2) 千葉県栄養士会 公衆衛生事業部以外の会員（参加費：1人100円）

会員番号	所属	氏名

(3) 千葉県栄養士会 会員以外の管理栄養士・栄養士（参加費：1人3,000円）

NO	所属	氏名

### 2 講師への質問等記載願います。

--

記載者

所属	
氏名	
電話	