

令和元年度「病院・福祉施設」等調理師研修会 参加申込書

フリガナ		会員 NO.	
氏名		性別	男・女
現住所	〒 -	電話番号	- -
勤務先名			
所在地	〒 -		
施設の種別	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> 回復期病院 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム		

※当協会の正会員になられている方は会員番号を忘れずに記入してください。

- ・ 申し込み用紙に必要事項を記入の上、下記事務局まで FAX（03-3518-9607）にて申し込み下さい。
- ・ 非会員の方はホームページから申込書を横向きに印刷してご利用下さい。
- ・ 申し込み終了後にご自身で郵便局の払込取扱票を使用し、郵便局より参加費の払い込みをお願いします。
- ・ 通信欄余白に「大橋」と記入して下さい。
- ・ 施設で複数の申込みの場合は全員のそれぞれの住所、氏名のご記入をお願いします。
- ・ 申し込み後の取り消しにつきましては、返金は致しません。
- ・ 受講票等は発行しません。直接会場までお越しください。