FAX：03-3467-0447　日本臨床栄養協会事務局　宛

2017 年度　栄養カウンセリング・スキルアップ研修 in 上越

受講申込書

ふりがな お名前：	□　日本臨床栄養協会会員 [jcna　　] □　非会員

□1.栄養相談専門士　　□2.過去の栄養カウンセリング研修参加者
□3.管理栄養士・栄養士　　□4.管理栄養士・栄養士の養成学校学生・院生

性別：　男　/　女

生年月日（西暦）：　　年　　月　　日（年齢　　歳）

ご連絡先（ご郵送先の希望にチェック　□自宅　/　□勤務先）
【自宅】
〒

TEL　：　　－　　－
※FAX　：　　－　　－

【勤務先】
勤務先名称：

所属部署：

〒

TEL　：　　－　　－
※FAX　：　　－　　－

※E-Mail アドレス：　　@

※資料をお送りしますので、FAX または E-Mail アドレスは必ずご記入ください。

グループ分けの参考にしますのでご記入下さい。
管理栄養士取得後年数　[　　]年

栄養指導経験年数　　[　　]年

本研修の受講動機