

FAX : 03-3467-0447

日本臨床栄養協会事務局 宛

第5期 栄養カウンセリング研修

効果的な栄養カウンセリングのためのHow-toセミナー

受講申込書

(ふりがな： お名前) <input type="checkbox"/> 日本臨床栄養協会会員 (jcna) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 栄養カウンセリング研修過去受講あり (第 期受講者)	
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 <input type="checkbox"/> 自宅 / <input type="checkbox"/> 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。		
本研修をどこで知りましたか (☑)		
<input type="checkbox"/> 協会誌	<input type="checkbox"/> ダイレクトメール	<input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者：)
<input type="checkbox"/> HP	<input type="checkbox"/> チラシ	<input type="checkbox"/> その他
本研修の受講動機		
7/14 (土) 研修終了後に、懇親会を予定しております。(希望者のみ)		
<input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加しない 【詳細・参加費用につきましては、別途ご案内致します。】		