

2019年度『NR・サプリメントアドバイザーレベルアップセミナー』FAX 申込フォーム

下記、全ての項目にご記入の上、事務局（FAX：03-3467-0447）までお申込み下さい。

◇単位認定

NR・サプリメントアドバイザー【10単位】、健康食品管理士【5単位】、食品保健指導士【1単位】
 研修認定薬剤師制度【2単位】、総合健診指導士・総合健診業務管理士【更新点数5点】

◇持ち物

日本臨床栄養協会 2019年度会員証、健康食品管理士会員証、食品保健指導士認定証

◇参加費（各会場）：3,000円【日本臨床栄養協会会員、健康食品管理士、食品保健指導士】/
 5,000円【一般】

◇参加費入金先：銀行名 昭和信用金庫 大橋支店

口座名 普通口座 1105886 日本臨床栄養協会 日本サプリメントアドバイザー認定機構

※お振込の際の注意点

- ①ご依頼人名義の前に必ず下記のいずれかをご入力下さい。（一般の方は不要）
 【日本臨床栄養協会会員番号6桁】 / 【健康食品管理士番号5桁以内】 / 【食品保健指導士番号8桁】
- ②振込手数料は各自ご負担下さい。
- ③領収書は、発行致しません。入金時の控えを大切に保管して下さい。申込み者と振込名が異なる場合は、必ず備考欄にその旨をご記入下さい。
- ④お振込み手続き完了後のキャンセルの場合、ご返金は出来ません。

希望開催日 *チェックして下さい。 ※各会場定員になり次第、 受付終了と致します。※	<input type="checkbox"/> 2019年4月21日(日)【福岡会場】 <input type="checkbox"/> 2019年5月11日(土)【仙台会場】 <input type="checkbox"/> 2019年5月19日(日)【大阪会場】 <input type="checkbox"/> 2019年6月2日(日)【岡山会場】 <input type="checkbox"/> 2019年6月22日(土)【名古屋会場】 <input type="checkbox"/> 2019年6月30日(日)【東京会場】
氏名（ふりがな）	
住所	〒
連絡先	TEL : _____ FAX : _____ E-mail : _____
会員区分・資格情報	<input type="checkbox"/> 日本臨床栄養協会会員【会員番号】： _____ <input type="checkbox"/> NR・サプリメントアドバイザー【認定番号】： _____ <input type="checkbox"/> 健康食品管理士【番号】： _____ <input type="checkbox"/> 食品保健指導士【番号】： _____
備考欄	※①研修認定薬剤師シール希望者は【シール希望】とご記入ください。 ※②総合健診指導士又は③総合健診業務管理士の更新点数希望者は、 【資格名とご所属】をご記入ください。
参加費振込日	2019年 月 日 *必ずご記入下さい。
振込金額	円