

栄養管理報酬改定セミナー 参加申込書

～どうなる医療・介護の栄養管理 どう対応するか 正確な情報を！～

申込期日 平成30年3月9日(金)

申込先 FAX. 03-5829-6679 日本健康・栄養システム学会

貴施設名

日本慢性期医療協会の職員

(会員 ・ 非会員)

住所

日本健康・栄養システム学会

(会員 ・ 非会員)

TEL

FAX

E-mail

(ブロック体でお願い致します)

連絡担当者

氏名

部署

*連絡担当者様宛に「受講票」と参加費請求書を2月末日頃にお送り致します。

*2月16日(金)以降のキャンセルにつきましては参加費の返金を致しかねますので
ご注意ください。

*交通・ご宿泊の手配などにつきましては、各自でお願いいたします。

<下記に参加者をお書き下さい>

| No. | ふりがな 氏名 | 役職 | 職種 |
|-----|------------|----|----|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

日本健康・栄養システム学会

〒111-0053 東京都台東区浅草橋3-1-1 TJビル3F

TEL. 03-5829-8590 FAX. 03-5829-6679 Email ncm@j-ncm.com

ホームページ <http://www.j-ncm.com/>