

別紙

茨城県栄養士会 FAX：029-228-4271

茨城県栄養士会福祉専門研究会総会並びに研修会（令和6年7月12日）参加申込書

氏名 _____ 栄養士会会員番号 _____ (※栄養士会会員のみ)

勤務先住所 _____ 勤務先名 _____

TEL _____ FAX _____

メールアドレス _____

令和6年度茨城県栄養士会福祉総会及び研修会参加申し込みについて

令和6年7月12日に行われる茨城県栄養士会福祉専門研究会総会並びに研修会

(出席 ・ 欠席)

栄養士会会員の方で総会に欠席される方へ

令和5年度茨城県栄養士会福祉総会及び研修会委任について

私儀 令和6年7月12日開催の(公社)茨城県栄養士会福祉総会における議案に関する一切の権限を(公社)

茨城県栄養士会福祉専門研究会会長に委任します。

氏名 _____ 印

※欠席の方は、必ず総会議決委任の署名を行い令和6年6月10日までに返信してください。

オンライン申し込みの方は下記QRコードを読み込みして申し込みください。(要Gmailアドレス)

