令和６年度　栃木県栄養士会医療サロン　申込書

医療法人　白澤病院　栄養科（FAX　028-673-7711）　田代　直子　宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内容 | 会場 | 日時 | 定員 |
| 「特別食加算・栄養指導件数アップの取り組み編」「給食経営の取り組み編」「情報交換」 | 栃木県栄養士会事務局住所：宇都宮市梁瀬町1897-9TEL:028-634-3438 | 2025.1.25（土）14：00～16：00 | 20名 |

所属先　　　　：

会員番号　　　：　　　　　　　　　　　　経験年数　　年

氏名　　　　　：

メールアドレス：

電話番号　　　：

＊希望者多数の場合は先着順とさせていただきます。

　メールにてご連絡しますので、

　必ず確認できるメールアドレスをご記入ください。

　shirasawahp-eiyouka@shirasawa-hosp.jp

　上記アドレスからのメールが受信できるよう、設定をお願いします。

　また、申し込み後のキャンセルは必ず早急にご連絡ください。

　受講料は当日徴収いたします。　お電話での申し込みは、ご遠慮ください。