

※本票のみFAX送信してください。(別途送信票等は不要です。)
 (メール添付での返信による申込みは受け付けできません)

大分県社会福祉介護研修センター
 FAX (097) 552-6868

締め切り：令和4年7月11日(月)

大分県社会福祉介護研修センター 記入欄	
受付 No.	
1	
2	

令和4年度社会福祉施設等給食担当職員研修会
 ≪管理栄養士・栄養士コース≫受講申込書

	法人名		
N 0	(ふりがな) 受講希望者氏名	演習グループ希望組に○印をしてください。	
	()	A :管理栄養士・栄養士の方で、栄養ケアマネジメントを現在 行っている方。 B :管理栄養士・栄養士の方で、栄養ケアマネジメントを現在 行っておらず今後取り入れていきたい方。	
1	勤務先名称	受講者職種名	研修当日、栄養プランの 持参の可否
			可・不可
N 0	(ふりがな) 受講希望者氏名	演習グループ希望組に○印をしてください。	
	()	A :管理栄養士・栄養士の方で、栄養ケアマネジメントを現在 行っている方。 B :管理栄養士・栄養士の方で、栄養ケアマネジメントを現在 行っておらず今後取り入れていきたい方。	
2	勤務先名称	受講者職種名	研修当日、栄養プランの 持参の可否
			可・不可

勤務先 住所	〒 -		
電話番号 担当者名	TEL () -	FAX () -	

※ 記載された受講者に関する個人情報、研修事業関連の目的にのみ使用することとし、他の目的で使用することはありません。