

令和 7 年度 地域活動事業部・勤労者支援事業部
スキルアップ研修会申込書(令和 8 年 1 月 25 日メ切)

奈良県栄養士会事務局 宛 FAX:0744-33-2177

E-mail: n-eiyou@m4.kcn.ne.jp

ふりがな 氏 名	他府県栄養士会の方のみ 所属都道府県栄養士会：	☐ 非会員 ☐ 学生
	事業部： 学生の方は学校名：	
日中の連絡可能な 電話番号	TEL - - （連絡がつく番号）	
E-mail アドレス	@ ※Web 受講の方は必ずご記入ください。参加 URL と資料をお送りします。	
参加方法	☐ 現地参加 ☐ Zoom 参加 ※どちらかに☑をいれてください。	
研修会事前 アンケートに ご協力下さい	■あなたは「健康経営・カフェテリアプラン」をご存じですか： はい ・ いいえ ■研修会開催の情報はどのように得ましたか： ■研修会に参加しようと思った理由： ■研修会に期待すること：	
質疑	鈴木先生へ事前のご質問について、何かありましたら具体的にお書きください。	

※内容にお間違いがないかご確認の上、FAX:0744-33-2177 または、添付メール送信をお願いいたします。