**Ｆ Ａ Ｘ 返 信 票**

高知県老人福祉施設協議会　事務局

✉　yuka-oda@pippikochi.or.jp

FAX　088-844-9443

令和２年度　高知県老施協栄養士研修会　参加申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　名 | 参加方法下記に〇をしてください。 |
|  | (フリガナ) | （１）会　場 | （２）ＺＯＯＭ |
|  | (フリガナ) | （１）会　場 | （２）ＺＯＯＭ |
|  | (フリガナ) | （１）会　場 | （２）ＺＯＯＭ |

★②ＺＯＯＭ（オンライン）とご回答された方は下記についてご記入ください。

■ 代表メールアドレス

令和３年　　月　　日

事業所名

連絡担当者名

※ 連絡事項

メールにて申込の場合は、参加方法及び参加者等の上記内容をご回答ください。

（本様式不要）

申込締切日　令和３年２月８日（月）まで