

地域栄養研究会参加申し込み用紙

井原市立井原市民病院

地域医療連携室 宛て

FAX 0866-63-2840

第66回

「地域で支える高齢者の食支援

～食事制限と低栄養～」

管理栄養士

所属機関名	TEL () -
	FAX () -

同じ事業所（施設）の場合 事業内容を職種欄へ一緒にご記入ください。

（たとえば デイサービス→ 介護職員

グループ内で多部門がある場合は、その所属をご記入ください。

参加者氏名	職種

・ 申込み〆切は H 31年 4月 5日（金）です。

代表者の方に印をつけてください。

（連絡事項がある場合にご連絡させて頂いてもよい方をお願いします。）