参 加 申 込 書

公益社団法人滋賀県栄養士会事務局宛て

FAX　　（０７７）５５８-６６１７

「令和4年度　栄養士再教育講習会」

申込期日：第1弾　１１月　２１日（月）

　　　　　第2弾　１２月　１４日 (水)

① 確認事項に、必ずチェック（同意）いただき②へお進みください。

|  |  |
| --- | --- |
| **確認事項** | **チェック欄** |
| 開催要領の注意事項を熟読し、ご承諾いただけましたか。 | □ |

② 研修会の参加方法について、お選びください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **第1弾：令和4年**  **12月４日（日）**  **9：00～12:30** | ライブ配信に参加する  ※アーカイブ配信もお送りします。  ※出来るだけカメラとマイクが使用できるようご準備ください。 |  | **いずれかに〇** |
| ライブ配信には参加せず、アーカイブを  視聴する。（後日に講演の録画を視聴） |  |
| 第1弾は、申込みしない。※アーカイブも不要  ※第2弾のみ申し込む場合は、こちらにチェック。 |  |
| **第2弾：令和5年**  **1月14日（土）**  **9：00～12:30** | ライブ配信に参加する  ※アーカイブ配信もお送りします。  ※出来るだけカメラとマイクが使用できるようご準備ください。 |  | **いずれかに〇** |
| ライブ配信には参加せず、アーカイブを  視聴する。（後日に講演の録画を視聴） |  |
| 第2弾は、申込みしない。※アーカイブも不要  　※第1弾のみ申し込む場合は、こちらにチェック。 |  |

③　下記項目をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| いずれかに〇 | 会員　・　非会員 | 管理栄養士　・　栄養士 |
| 所属職域  　※いずれかに〇 | 公衆衛生 ・ 学校健康教育 ・ 地域活動　・　研究教育  勤労者支援 ・ 医療児童福祉 ・ 高齢者福祉 ・ 障がい福祉 | |
| **氏名** |  | |
| 連絡先(電話番号) |  | |
| E-mail | 研修用URLなどをお送りするため、正確にご記入下さい | |
| 勤務先名称  (自宅の方はﾁｪｯｸ　□) |  | |
| 勤務先市町村  （□ 自宅に同じ） | 滋賀県 市郡 町村 | |