

出欠に関わらず、必ず期日までに返信して下さい。  
**【送信票不要】 締切日：平成 29 年 5 月 19 日（金）必着**

平成 29 年度 神戸介護老人保健施設協会  
 栄養・調理部会 研修会（H29.6.20 実施分）申込み用紙

施設名		所在ブロック	A・B・C・D
送信者氏名			
連絡先(FAX)		送信月日	月 日
<input type="checkbox"/> 研修会に参加します。→下表に参加者氏名等を記入してください。 <input type="checkbox"/> 研修会に参加しません。→後日資料等を送付しますので、宛名表に記入してください。			
参加者氏名			
役職	職種	氏名	乳製品・大豆・ゼラチンのアレルギーの有無
			あり（乳製品・大豆・ゼラチン）
			なし（ ）
車で来場の方		送迎バスで来場の方	
運転する（ ）	同乗する（ ）	利用する（ ）	
※送迎バスの関係により各施設お一人様の参加に限らせていただきますので、ご了承下さい。			
ー返信先ー 平成 29 年度 神戸介護老人保健施設協会 栄養・調理部会 連絡網 各ブロック幹事宛 <u>Aブロック らぽーと 馬場 (FAX:954-0778) Bブロック コスモス苑 荒金 (FAX:747-2566)</u> <u>Cブロック サニーピア 青木 (FAX:331-8629) Dブロック アトレニューおざき 浦井 (FAX:411-9598)</u>			

\*当日、ミルミルS・ヤクルト 400LT の試食商品の配布があります。アレルギーがある方は必ず記入してください。

\*また、バスの確保や車の台数確認が必要なため、車かバスで来場される方は必ず記入してください。

欠席される方は下記に必ず記入して送信ください

(宛名表)



住所	〒	—
施設名		
氏名	様	