

(社) 日本栄養士会

「野菜を食べようーメタボ撲滅ーシンポジウム」係 行

下記シンポジウムへの参加を希望します。

「野菜を食べようーメタボ撲滅ーシンポジウム」

ふりがな			
氏 名			
現 住 所	〒		
TEL		FAX	
同行者氏名1			
同行者氏名2			
参加人数	名 ※1回のお申し込みにつき、最大3名まで		
会員の有無	<input type="checkbox"/> 日本栄養士会会員（会員番号 _____） <input type="checkbox"/> 非会員		
「栄養相談・食生活 相談」希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		

※後日入場券をファクシミリでお送りします。ファクシミリの番号を必ずご記入ください。