返送先 FAX：(03)5363-2362　　一般社団法人日本病態栄養学会 事務局　行

平成 28 年度日本病態栄養学会主催セミナー
「受講申込書」

太枠欄全項目必ずご記入下さい。記入の無い場合には申込みをお受けできません。
受講申込書を郵送される場合は必ず控えをお取り下さい。

1. 受講される□に☑をご記入下さい。（必ず開催地・開催日をご確認下さい。）

開　催　地	教育ｾﾐﾅｰ開催日	NST ｾﾐﾅｰ開催日	糖尿病透析予防 指導ｾﾐﾅｰ開催日
東　　京	□ 7 月 24 日（日）	□ 7 月 23 日（土）	
大　　阪	□ 7 月 10 日（日）	□ 7 月　9 日（土）	□ 7 月　9 日（土）
福　　岡	□ 6 月 26 日（日）		
学術集会前日	□ 1 月 12 日（木）	□ 1 月 12 日（木）	

開　催　地：大　　阪　／　開　催　日：6 月 4 日（土）・6 月 5 日（日）※がんセミナーは 6/5 のみ

□がん病態栄養セミナー	□受験　□更新　実務経験(　)年
□腎臓病病態栄養セミナー	□受験　□更新　実務経験(　)年　専門医名(　) 学会発表(学会名　) 演題（　）
□糖尿病病態栄養セミナー	□受験　□更新　実務経験(　)年　専門医名(　) 学会発表(学会名　) 演題（　）

2. 「受講者氏名」・「書類送付先」に必要事項をご記入下さい。

フリガナ		書　類 送付先	〒　　－ ※送付先が勤務先の場合は**勤務先名**も必ずご記入下さい。
受講者 氏　名		ＴＥＬ	(　　)　　－
□正会員	会員番号		□非会員
教育セミナー	□受験　□更新　□ＣＤＥＪ更新　□その他(　)		
ＮＳＴセミナー	□医師　□管理栄養士　□看護師　□その他(　)実務経験(　)年		
透析予防指導セミナー	□医師　□管理栄養士　□看護師　□その他(　)実務経験(　)年		

3. 受講セミナー払込金額をご記入下さい。

※複数セミナーを受講申込される方は受講セミナー合計金額を「振込金額」にご記入下さい。	振込金額	円
事務局使用欄	領収印	
	受講番号	

（注意 1）本紙はお一人様 1 枚の申込書となります。
複数名にてご利用の場合は、「受講申込書」をコピーしてご使用下さい。
（注意 2）当日の受付は一切いたしません。必ず事前にお申込下さい。