



## 出前講座 申込書

FAX送信票

滋賀県栄養士会ケアステーション あて

FAX : 077-558-6617

令和 年 月 日

滋賀県栄養士会ケアステーション

担当者 様

以下のとおり申し込みます。

申 込 者	事業所の名称	
	所在地	
	担当者名	
	TEL	
	FAX	
	E-mail	

希望テーマ *希望するテーマに○印	( )	講 演	働き盛り世代の健康管理と栄養
	( )	講 演	特定保健指導者対象の栄養
	( )	料理教室	一般対象と疾病予防の為の料理講習
希望日時	第1希望	令和 年 月 日 ( )	: ~ :
	第2希望	令和 年 月 日 ( )	: ~ :
	第3希望	令和 年 月 日 ( )	: ~ :
場所			
参加予定人数	約	名	

\*希望日時は、第3希望まで記載していただきますよう、お願いいたします。

\*希望日時は調整の都合上、申込み日から1か月先を目安に記載してください。