様式Ｂ-3　単位認定申請書

第　　回研修会

研修内容　「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」

　　　　　　１）

　　　　　　２）

　　　　　　３）

講師　　　 　 ：　○○大学講師　　○○　○○

開催予定日 ： 　　　　月　　　　日（　　）　　　　○：○○　～　　○：○○

開催場所　　：　　　　　市　産業振興センター

　　　　　　　　　　（ＪＲ　　　　駅より　2分、　　　　　　　駅より　　20分）

申し込み　　：　電話　または　ＦＡＸ（用紙裏面）

　　　　　　　　　　○○病院　　　　○○課　○○　まで

　　　　　　　　　　ＴＥＬ：

　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

年　　月　　日

公益社団法人　静岡県栄養士会

会　　　　長　　坪　井　　厚　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　○○研究会など

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

**栄養士会生涯教育の単位認定研修会の申請について（依頼）**

　　　　　　年　　月　　に開催する研修会を生涯教育単位認定研修会として申請しますので、ご検討よろしくお願いいたします。

　なお、開催要領は下記の通りです。

記

　　年度研修会案内