**【令和３年度】　　TNT Geriatric for Dietitian**

**（高齢期の栄養管理） eラーニング※鹿児島県栄養士会**

|  |
| --- |
| **申し込み先　　　　　公益社団法人 鹿児島県栄養士会　行**〒890-0056　　鹿児島市下荒田1-36-1　　　　　　　※鹿児島県栄養士会HPよりTel：099-256-1216　**Fax：099-256-1217**ダウンロードしてください。**E-Mail :** **k-eiyou@po.minc.ne.jp** |

**※事務手続き上、できるだけメールでお申し込みください。**

**記載日：令和　　　　年　　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **会員番号**

＊非会員：会員番号記載不要 |  |
| 1. **氏名　（ふりがな）**

 | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| 1. **住所　・連絡先**
 | **〒　　　　　　－****電話番号：　　　　　　　　　（　　　　　　）** |
| 1. **メールアドレス**

＊分かりやすく記載を　　　　　　　　　 | ※受講申し込み確認後、返信メールをお送りします。※メールが届かない場合は、ご連絡ください。 |
| 1. **所属施設　（任意）**

＊例：施設・病院　・在宅　など |  |
| 1. **受講希望回　（2ヶ月間）**

＊希望回に〇を記載　＊1回目は終了致しました。※受講期間と申込期間は異なります。確認して申し込んでください。※申し込み受け付けは、決められた期間内に限ります。募集期間を外れた方は受け付けられませんのでご了承ください。 | **受講期間** | **募集期間（締切厳守）** |
| **第8回 　（　8月　～　　9月）** | **→　6/1～ 　7/20** |
| **第9回　　（10月　～　11月）** | **→　8/1～ 　9/20** |
| **第10回　（12月　～　R4.1月）** | **→10/1～　 11/20** |
| **第11回　（R4.2月　～　3月）** | **→12/1～R4.1/20** |
|  |  |
|  |  |
| 1. **受講承諾書**
 | **受講開始までに郵送してください。** |
| 1. **鹿児島県栄養士会年会費納入**

＊非会員の方は振込不要 | **済　　　　　　　　未　　(　　)月（　　）日　納入予定** |
| 1. **受講料振込　　月日確認**

＊募集期間内にお振込み　ください。 | * + **振込日　　　　　月　　　　日**

**振込先：鹿児島銀行　宇宿支店　口座番号　普通　５０６８０****名義：公益社団法人鹿児島県栄養士会** |

**＊書類不備、添付書類不備がある場合は、予定期日に受講できない場合があります。**

**＊内容をご確認の上、できるだけメールでお申し込みください。**