日本小児栄養研究会事務局　行

入会届

　　　　 ふりがな：

ご氏名：

ご所属：

部　署：

生年月日：（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日

職種： 医師（　　　　　　　科） ・ 栄養士 ・ 企業・　その他（　　　　　）

住所：〒

電話：

Fax ：

ご自宅：〒

電話：

Fax ：

E-mail ：

＊　郵送物の送付先：　□　勤務先　　　□自宅

アンケート

（１）「小児の栄養」に関して、特にどのような分野に興味を持たれていますか？

（２）研究会開催希望日はございますか？

①　平日午後 ②　土曜日・日曜日

ご記入日：　　年　　月　　日