

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