

受講番号：

(※日精協事務局記入欄)

## 第9回 日本精神科医学会 認定栄養士研修会

# 受講申込書

2018年 月 日

公益社団法人 日本精神科病院協会  
日本精神科医学会  
学会長 山崎 學 殿

第9回 日本精神科医学会 認定栄養士研修会の受講を申し込みます。

フリガナ		男 ・ 女	年齢
申込者氏名			満 歳
フリガナ		日精協会員番号： [ ] 精神科医学会会員番号 [ ] 認定栄養士は認定番号： [ ]	
所属先名 (精神科病院・医療施設 保健福祉施設) ※会員病院の併設施設の 場合は会員病院名も記入	( )		
所属先 住所・TEL・FAX	〒 -		
	TEL:	FAX:	
職 種	<input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他( )		
通信教育 基礎/STANDARD コース	<input type="checkbox"/> 未受講		
	<input type="checkbox"/> 受講中		
	<input type="checkbox"/> 受講済	昭和・平成	年度
		受講番号	-

※該当するものに☑を入れてください

**申込期限：2018年7月20日(金)**

FAX 送信先

03-5232-3315

(公社)日本精神科病院協会  
「日本精神科医学会 認定栄養士」係