大阪府栄養士会事務局　行（E-mail：eiyoujimu@heart.ocn.ne.jp 、FAX：06-6943-7670）

TNT-Geriatric for Dietitian（TNT-Geri-D）（高齢者栄養療法）

受講承諾書

私は、公益社団法人日本栄養士会が作成したTNT-Geriatric for Dietitian（TNT-Geri-D）の受講にあたり、以下の内容について承諾いたします。

１．個人の氏名及び都道府県名、メールアドレス、所属先（任意）がアボットジャパン合

同会社へ送付されること

２． e-ラーニング受講時に必要なURLは、アボットジャパン合同会社から送付されます

が、同社から随時製品紹介についても配信されること

＊この製品紹介が不要の場合は、配信停止が可能です。

３．受講にあたりダウンロードした資料は、本研修目的以外には使用しないこと

※上記1については、本研修目的以外には使用いたしません。

公益社団法人 大阪府栄養士会

会 長　 藤原 政嘉　様

①承諾年月日　承認日（必須）

②氏　　名　　氏名入力（必須）

＝受講申込書＝

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ③ フリガナ | フリガナ（必須） | ⑤会員番号 | 8桁で記入 |
| ④ 氏　　名 | 氏名（必須） | ⑥職域部会 | 部会を選択 |
| ⑦ 受講期間  (どちらかに☒) | 第3回（11～12月受講）　・　　第4回（1～2月受講） | | |
| ⑧ 勤務先名 | 勤務先名称を入力（無い場合は空白） | | |
| ⑨ 日中連絡先  電話番号 | 日中に連絡が付く電話番号を記入（必須） | | |
| （  勤務先 ・  自宅 ・  携帯 ） | | |
| ⑩ E－mail | 栄養士会からのメール着信ができるアドレスを記入（必須） | | |

　【申込締切】第3回：10月15日、第4回：12月15日

※受信後、受講料入金方法のご連絡をいたします。送信された方で連絡が無い場合は、事務局までご連絡ください。