

第11回 クックチルリーダー養成・認定講座 受講申込書

※お手数ですが、受講をご希望の方は、下記の項目にご記入の上FAX、またはE-mailにてお申し込みください。

お申込み先

■日本医療福祉セントラルキッチン協会 事務局

FAX 03-6273-3816 TEL 03-6273-3815

E-mail seikatud@crocus.ocn.ne.jp

ご記入日／令和 年 月 日

会社名	ふりがな		
		
お名前	ふりがな	部署	
		役職	
お名前	ふりがな	部署	
		役職	
ご住所	ふりがな		
	〒		
TEL			
FAX			
E-mail			