

2022 年 4 月 吉日

各県代表者 各位

一社) 全国精神科栄養士協会  
会 長 西宮 弘之

## 精神科栄養士県代表者登録及び変更について

各県代表者各位におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。日頃より当協会の運営にたいし、ご協力を賜わり誠にありがとうございます。

さて、標記につきまして代表者様の登録及び変更がありましたらご連絡をお願い致します。代表者様には、一社) 全国精神科栄養士協会が主催する研修会・セミナーのご案内をさせて頂きましますので、貴県下、管理栄養士・栄養士様へご案内のほど宜しくお願い致します。

また、メールアドレスの登録をいただければ、情報提供を BCC にて送らせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

## FAX 送付書

一社) 全国精神科栄養士協会 事務局 御中 年 月 日

ファックス番号 : 050-3730-7423

## 県代表登録届け (新規・継続・変更)

貴会名称 : \_\_\_\_\_ ・都・道・府・県

貴会の母体 : 県精協 ・ 栄養士会 ・ 独立 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

代表者名 : \_\_\_\_\_

病院名 : \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 部・科・課

〒 \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_ F A X : \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ (スマホ可)

アドレスに「—」あるい「\_」を使用の場合は○を付けて下さい ( ハイフン・アンダーバー )

\*代表者様の定期的な変更のある場合はご記入下さい (年毎 \_\_\_\_\_ 年・他 ( \_\_\_\_\_ ))