

年 月 日

公益社団法人 岡山県栄養士会

会 長 森 恵子 殿

氏 名

会員番号

## 研修会振替希望届

下記の研修会を欠席し他の研修会への振替を希望します。

### ○ 欠席する研修会

研修会開催日	平成 年 月 日	受講料
研修名		円
研修名		円
研修名		円
研修名		円

### ○ 振替研修会

研修会開催日	研修会名	受講料
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円

(事務局記入欄)

預り金 \_\_\_\_\_ 円

振替金 \_\_\_\_\_ 円

\* 振り替える研修会が決まってない場合欠席する研修会のみご記入ください。