

株式会社文下屋
株式会社ヘルシーネットワーク
ヘルシーフード株式会社 共催

「第17回ヘルシーネットワーク セミナー」開催のご案内

拝啓

時下、先生方におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素はひとかたならぬご愛顧を賜り、厚く御礼申し上げます。

さてこのたび、講師をお迎えし、「第17回ヘルシーネットワークセミナー」を開催致しますのでご案内申し上げます。

つきましては大変ご多用中とは存じますが、この機会に是非ともご出席賜り、今後のご活躍の一助としていただければ幸いに存じます。

お申し込みは裏面のセミナー参加申込書にご記入の上、FAXにてお送りください。

なお、『先着順の受付』とさせていただきますので宜しくお願い申し上げます。

敬具

演題講師



わかばやし

ひでたか

若林 秀隆 先生

横浜市立大学附属市民総合医療センター
リハビリテーション科 医師

演題：『リハビリテーション栄養とサルコペニア』

日 時

2018年9月22日(土)

13:00～16:00(受付開始12:00～)

| | | | |
|-------------|-------|-------------|-------|
| 【時間割】12:00～ | 受付開始 | 15:00～16:30 | 第二部講演 |
| 13:00～14:40 | 第一部講演 | 16:40 | 終了予定 |
| 14:40～15:00 | 休憩 | | |

会 場

山形国際交流プラザ 山形ビッグウイング

山形県山形市平久保100番地

【交通アクセス】 JR奥羽本線 羽前千歳駅 徒歩15分

山形駅から バス「県立中央病院行」20分 無料駐車場 普通車1000台有

参加費

無料

定 員

150名

※演題及び当日の時間割は若干変更する場合がございますので、予めご了承ください。

お申し込みFAX：042-514-8521

「第17回ヘルシーネットワークセミナー」参加申込書

○お申し込み日：平成 年 月 日

○病院施設名（勤務先）：

○所属：

○勤務先住所：（〒 ）

○TEL：

○FAX：

○参加者お名前（参加者全員のお名前をご記入ください）

| | | | |
|-------------|--|----|--|
| ふりがな お名前 | | 職種 | |
| ふりがな お名前 | | 職種 | |
| ふりがな お名前 | | 職種 | |
| ふりがな お名前 | | 職種 | |

※ 多くの先生方がご聴講できますよう、確実にご参加できる方のご記入をお願いいたします。

※ 4名以上でお申込の場合は、余白にご記入ください。

◆ お申し込みについて ◆

- 受講希望者様は、参加申込書にご記入の上、FAXにてお申し込みください。
なお、定員を超えた場合は弊社よりFAXにて満席のご案内をいたしますので、必ずFAX番号をご記入ください。
- お申し込みは、9月10日（月）で締め切らせていただきます。
また、定員（150名）に達し次第、締め切らせていただきます。
- お申し込み後のキャンセルにつきましても、本書面にその旨ご記入の上FAXにて
お願いいたします。
- 受講者様には1週間前までに受付票及び当日のご案内（会場への地図等）をお送り致します
ので、セミナー開催日に必ずご持参の上、受付票を受付にご提出ください。
※お申し込みの際、住所の記入漏れが無いようお願いいたします。
- 事前のお申し込みがなく、当日お越しいただいた場合には座席が確保できない場合
がございます。受講希望の場合は必ずお申し込みください。

お問い合わせTEL：042-581-1192 担当：特販営業課 内田

申込書受付日：平成30年 月 日 受付番号： 番

特営