同意書および加入届

令和　　年　　月　　日

幡多福祉保健所管内栄養士ネットワーク会長　様

氏名

所属（事業所名など）

所属の電話番号

所属のFAX番号

　　　所属あるいは業務用メール

私は、個人情報の取扱いに関する事項について確認し、幡多福祉保健所管内栄養士ネットワーク会員名簿に上記の内容が登載されることに同意します。

サイン