第１回摂食嚥下研修会（9月29日開催）

お申し込みFAX

宛先　日本歯科大学新潟病院　訪問歯科口腔ケア科

担当　田中康貴

〈FAX：025-267-1546〉

〈e-mail: y.tanaka＠ngt.ndu.ac.jp〉

お申し込み締切：平成29年9月22日

お申し込み日　平成　　　年　　　月　　　日

ご所属：

TEL※：

FAX※：

（※参加人数により会場変更等が生じた際にはご連絡致しますので必ずご記入下さい）

e-mail：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがなお名前 | ご所属 | 職種 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（複数の場合連名で結構です。）

特別な連絡が無い限りは返信致しませんので、送信後は当日直接会場へお越し下さい。

事務使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 申込受付日 | 平成　　　　年　　　月　　　　日 |
| 受付番号 |  |