

【 平成25年7月26日 摂食・嚥下リハビリテーション研修会参加申込書 】

所属機関名 : _____

部署名 : _____

担当者名 : _____

電話番号 : _____

	氏名	職種	来場方法（希望の来場方法に○をお付けください）
1		歯科医師 ・ 保健師 看護師 ・ 言語聴覚士 歯科衛生士 ・ 介護士 その他（ ）	送迎バス（行き：青梅・五日市；帰り：青梅・五日市） 自家用車 ・ 乗り合い ・ その他（ ）
2		歯科医師 ・ 保健師 看護師 ・ 言語聴覚士 歯科衛生士 ・ 介護士 その他（ ）	送迎バス（行き：青梅・五日市；帰り：青梅・五日市） 自家用車 ・ 乗り合い ・ その他（ ）
3		歯科医師 ・ 保健師 看護師 ・ 言語聴覚士 歯科衛生士 ・ 介護士 その他（ ）	送迎バス（行き：青梅・五日市；帰り：青梅・五日市） 自家用車 ・ 乗り合い ・ その他（ ）

※参加希望の強い方からお書き下さい。

当研修会に参加するにあたり、ご質問やご要望がございましたらお書きください。