

置賜地区摂食嚥下支援事業

【安心して食べていけるまちづくり】主催

「チームで取り組む摂食嚥下診療」 参加申込書

参加ご希望の方は、本用紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお申込み下さい。

三友堂リハビリテーションセンター リハビリテーション技術部
言語聴覚士 大友美香宛

FAX 0238-21-8119

送信者お名前：

TEL：

FAX：

お名前	所属	職種

申し込み〆切：平成31年3月22日（金）まで

- ◇記入事項で得た個人情報、本研修会に係わる事務以外には使用致しません。
- ◇申し込みに対し、参加決定の通知・連絡はしておりません。当日、直接会場にお越しください。
定員を超える申し込みがあり、会場に入場できない方が生じた場合に、その旨連絡致します。