

**摂食・嚥下リハビリテーション従事者研修会 初級コース
参加申込書**

お申し込み日 H29年 月 日

フリガナ
氏名: _____

E-mail (必ずご記入ください): _____

(*一部の携帯電話アドレスの場合、メール送信できないことがあります。

パソコンからのメールや添付ファイル閲覧可能なメールアドレスをご記入ください。)

職種: _____

勤務先: _____

勤務先の連絡: _____ (歯科医師、歯科衛生士の方は「勤務先の連絡」も記載してください。)

Tel (連絡可能なもの): _____

Fax (連絡可能なもの): _____

住所: 〒 _____

下記チェックボックスに必ずチェックしてください。

- 岡山県歯科医師会会員 岡山県歯科衛生士会会員
 岡山県歯科医師会会員の歯科医院に勤務する歯科衛生士
 いずれでもない

- 初めて受講する
 以前受講したことがある (第 回コース)

郵便為替の同封をご確認ください。

(お申し込み後のご返金はいたしかねますのでご了承ください。)

連絡先: 〒700-8525 岡山市鹿田町 2-5-1

岡山大学病院スペシャルニーズ歯科センター 村田、河本

E-mail : p2th4tvm@okayama-u.ac.jp (河本)

記載された内容に関しては、個人情報保護法に基づき個人情報の適正な保護を行います。