

摂食・嚥下リハビリテーション従事者研修会 上級コース

参加申込書

お申し込み日 H28年 月 日

ふりがな

氏名：

職種：

勤務先：

岡山大学病院のいずれかの診療科・総合研究科に所属 している ・ していない

E-Mail (必ずご記入ください)

Tel (連絡可能なもの)

Fax (連絡可能なもの)

住所：

※こちらからのご連絡は、e-mail で行います。

上記をご記入の上、直接提出いただくか、下記連絡先まで e-mail または FAX にて送信ください。

締め切りは平成 28 年 8 月 13 日です。

(但し、定員を超え次第締め切らせていただきます)

連絡先：

岡山大学病院 スペシャルニーズ歯科センター

村田 尚道 murata-n@md.okayama-u.ac.jp

Tel&Fax 086-235-6823

7 月 27 日以降にご提出ください。

それ以前のお申し込みは受け付けません

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。