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　H29 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

フリガナ
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 29 年 8 月 18 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　murata-n@md.okayama-u.ac.jp
河本　p2th4tvm@okayama-u.ac.jp
Tel&Fax　086-235-6823

7 月 19 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、個人情保護法に基づき個人情報の適正な保護を行います。