

障害児の摂食嚥下障害への対応 研修会申込

必要事項

宛先：p2th4tvm@okayama-u.ac.jp

件名：障害児の摂食嚥下障害への対応 研修会申込

記載内容 以下の6項目を記載してください。

- ご氏名（ふりがな）：
- ご職種（ない場合は、なし）：
- 勤務先(ない場合は、なし)：
- TEL（連絡可能なもの）：
- E-mail（連絡可能なもの）：
- ご住所（勤務先または住所）：

（例）

佐藤 ゆう（さとう ゆう）

歯科医師

岡山大学病院

086-235-6817

sa-to@mc.okayama-u.ac.jp

岡山市北区鹿田町 2-5-1