

第7回 福岡摂食・嚥下サポート研究会 参加申込書 (FAX専用)

平成25年6月9日(日)

I・午前 10:00～11:35

II・午後 13:00～16:10

申込先 特定医療法人 原土井病院

FAX / 092-691-3961

TEL / 092-691-3886

Mail / renkei@haradoi-hospital.com

参加費 午前 1,000円・午後 1,000円・終日 2,000円

締め切り 定員になり次第、締め切らせていただきます。
(500名)

いずれかを ○で囲んで ください。	I・午前のみ参加 II・午後のみ参加 III・両方とも参加
御芳名	
貴施設名	
御住所	〒
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 施設 or <input type="checkbox"/> 自宅
職種	
TEL & FAX
E-Mail	
摂食嚥下 リハビリテーション学会 認定士	<input type="checkbox"/> 有 or <input type="checkbox"/> 無 認定番号