

京滋 摂食嚥下を考える会 第7回大会  
高齢者の食を多職種で支える実技セミナー  
**参加申込書**

送信先 FAX 075-693-3431

村松 まで

受付期間：6/1水～7/11月

窓口御担当

ふりがな 御担当者名		御役職	
貴機関名			
御連絡先			

参加者

ふりがな 御名前	御職種	経験 年数	年
申し込まれるものにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 基調講演 ・ <input type="checkbox"/> 実技セミナー			

参加者

ふりがな 御名前	御職種	経験 年数	年
申し込まれるものにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 基調講演 ・ <input type="checkbox"/> 実技セミナー			

参加者

ふりがな 御名前	御職種	経験 年数	年
申し込まれるものにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 基調講演 ・ <input type="checkbox"/> 実技セミナー			

■参加申込書等で収集した個人情報は、本大会及び関連事務についてのみ使用し、それ以外の目的に使用することはありません。

問合せ先

社会医療法人 誠光会 草津総合病院 患者サポートセンター 吉村明浩  
TEL:077-516-2511 e-mail:a.yoshimura@kusatsu-gh.or.jp