

第17回食のリハビリテーションセミナー参加申し込みFAX送信票

送信先：上松川診療所 摂食嚥下（食のリハビリテーション）外来 吉野ひろみ 行

FAX 024-558-1221

下記下線部へのご記入をお願いします。

施設名: _____

〒 _____

施設住所: _____

送信元 参加代表者名: _____

TEL: _____ FAX: _____

11月9日（土）「第17回食のリハビリテーションセミナー」に申し込みます。

参加者名	職種		参加者名	職種
例：吉野ひろみ	歯科衛生士	/		
		/		
		/		

■申込受付完了の送付先FAX番号: _____

受講受付確認欄	
受付日	/
申込人数	_____ 名
受付番号	<input type="text"/>
お申込みありがとうございます。 上記の通り受理いたしました。	



**受付番号をご確認のう
え、セミナー当日受付へ
ご提示お願いします。
受講票を兼ねます**