

申込書



昭和大学口腔リハビリテーション医学講座 中道由香宛

FAX:03-3787-1229

申し込み締切 3月12日(月) 先着順

(定員になり次第、締め切らせて頂きます。参加される方全員のお名前をご記入下さい。)

参加費は事前にお振込下さい。入金の確認が取れましたら参加証を発行いたします。

参加費振込先: 三井住友銀行 洗足支店

摂食・嚥下研究会 特別講演 代表 高橋浩二

普通 6690186

ふりがな				訳本申込 される 場合は ○をして 下さい。↓
ご施設名				
ふりがな				
ご住所				
TEL		FAX		
ふりがな		ご診療科目		申 込
ご芳名		ご職種		
ふりがな		ご診療科目		申 込
ご芳名		ご職種		
ふりがな		ご診療科目		申 込
ご芳名		ご職種		
ふりがな		ご診療科目		申 込
ご芳名		ご職種		
ご質問	講演者の先生方へのご質問・お困りのことなどご記入下さい。			

※お預かりした個人情報につきましては、本講演会目的以外には使用致しません。また、個人情報保護法に基づき、適切に管理させて頂きます。

連絡・お問い合わせ: 口腔リハビリテーション医学講座 中道 由香

Fax : 03-3787-1229

Email: yukaicco@dent.showa-u.ac.jp