

口腔ケア

～その人らしい人生と生活を支える口腔のケア～

参加申し込み票および受付票

申し込み先: NTT 東日本伊豆病院 総合相談室 宛

FAX 番号: 055-979-3098

参加申し込み用紙

平成 25 年 1 月 27 日(日)の上記研修会に参加します。

※参加者 氏名: _____ (※職種: _____)

※所属機関: _____

※住所: _____

※電話: _____

※FAX: _____

備考

- ①参加者 1 名につき、申し込み用紙 1 枚でお願いいたします。
- ②申し込みは 12 月 25 日(火)から開始、定員となり次第締切とさせていただきます。
- ③※印の部分記入後、FAXにて申し込みください。

返送された FAX 用紙の以下の点線部分を切り取り、受付票を当日受付へご提出ください。

----- (切 り 取 り 線) -----

受付票

研修会「口腔ケア～その人らしい人生と生活を支える口腔のケア～」

申し込みを承諾いたしました。

※受講者氏名: _____

受付番号: _____

NTT 東日本伊豆病院 総合相談室

駿東・田方地域リハビリテーション推進事業