

ミールラウンドを極める  
参加申込み FAX 用紙

**FAX 送信先：0263-51-2115**

松本歯科大学障がい者歯科学講座内

!!!事務局からの受理連絡の返信はいたしませんので、ご了承ください。!!!

資料の作成部数の関係上、申込後に参加をキャンセルされる場合は、**FAX**にてご一報くださいますようお願い申し上げます。

今までの長野摂食・嚥下リハビリテーション研究会に参加された方は、  
チェックボックスにチェックしてください。

フリガナ  
代表者 お名前 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

フリガナ  
\*講師の先生に質問がありましたら、記載して下さい。**Q&A** コーナーでお答えします。

代表者の連絡先

所属 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

