

※FAX 022-717-7307

東北摂食嚥下リハビリテーション研究会事務局行

10月15日(日)開催 東北摂食嚥下リハビリテーション研究会第18回研修会
登録申込書(団体用)

▶申込表

お名前 (ふりがな)	区 分	弁 当 (1000円)	職 種 ※ご記入下さい。	希望JSDR単位認定証 ※○をお付けください。
	医療・介護スタッフ(4000円) 学 生 (2000円)	有 無		基調・特別1・特別2
	医療・介護スタッフ(4000円) 学 生 (2000円)	有 無		基調・特別1・特別2
	医療・介護スタッフ(4000円) 学 生 (2000円)	有 無		基調・特別1・特別2
	医療・介護スタッフ(4000円) 学 生 (2000円)	有 無		基調・特別1・特別2
	医療・介護スタッフ(4000円) 学 生 (2000円)	有 無		基調・特別1・特別2
	医療・介護スタッフ(4000円) 学 生 (2000円)	有 無		基調・特別1・特別2
	医療・介護スタッフ(4000円) 学 生 (2000円)	有 無		基調・特別1・特別2
	医療・介護スタッフ(4000円) 学 生 (2000円)	有 無		基調・特別1・特別2

▶振込日・振込額(登録上必須)

月 日	振込合計	4000円 ×	名
		2000円 ×	名
	円	1000円 ×	名

＜複数名様でお申込の場合＞

ご入金は一括でお振込頂いて構いません。
 但し「受付完了書」を各々郵送またはメールさせていただきますので、ご本人様へお渡し願います。

▶お振込み先

七十七銀行 大学病院前支店 普通口座 5481392
 東北摂食・嚥下リハビリテーション研究会
 代表幹事 香取幸夫

*お振込み手数料は、お申込者のご負担となります。

▶団体代表者 *受付番号を送付いたしますので、楷書ではっきりとお書きください

団体	ご団体名			
	ご住所	〒		
	T E L	() —	F A X	() —
代表者名(役職)		代表者E-mail		

※お預かりしました個人情報につきましては、登録業務及び集計のみに使用いたします。個人情報を参加者様の同意なしに第三者に開示、提供することはございません。また、研修会終了後は責任をもって廃棄いたします

(お申込に関してのお問合せ先) 東北摂食嚥下リハビリテーション事務局

東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室内(担当:三橋)

<http://www.orl.med.tohoku.ac.jp>

E-mail :tohokuseshokuengereha@gmail.com