

高知県口のリハビリテーション研究会 参加申込書

日 時：平成30年3月11日（日）13：30～15：30

場 所：総合あんしんセンター 3F 大会議室

ご施設名： _____

所在地： _____

TEL： _____ FAX： _____

参加者

No	お名前	フリガナ	ご所属・職種
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※上記項目に記入漏れのないようお願いいたします。

FAX送付先

(高知県歯科医師会館内) 高知県口のリハビリテーション研究会事務局 朝山・原あて

FAX番号：088-872-8011

- 申込はFAXにて**2月26日(月)まで**をお願いいたします。
- 用紙が足りない場合は、お手数ですがコピーしてお使いください。

当日質問したい内容がありましたら、ご記入ください。