

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7月8日（日）10：00～12：00

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・メール送付先

（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

メールアドレス：kuchiriha@kochi8020.com

- 準備の都合上、**6月26日（火）まで**にFAXまたはメールにて申込をお願いいたします。なお、当日参加も可能です。
- 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。