島根県歯科医師会行き　FAX 0852－31－0198

**平成30年度 経口摂取支援研修会　参加申込書**

**※申込締切日　平成30年11月5日（月）**

* **参加者については、下記表にご記入下さい。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **所属機関名** | **職　種** | **氏　名** | **連絡先住所/****電話番号** | **出席会場****（該当に◯）** | **弁当****※東部会場****のみ** |
|  |  |  |  | **東部・西部** |  |
|  |  |  |  | **東部・西部** |  |
|  |  |  |  | **東部・西部** |  |
|  |  |  |  | **東部・西部** |  |
|  |  |  |  | **東部・西部** |  |

* **お弁当の概数を把握するため、当日ご購入される方は該当欄に☑をお願いします。**

〔事前質問等〕

【連　絡　先】

島根県経口摂取支援協議会

（事務局：島根県歯科医師会　担当　谷口)

電　話　（０８５２）－２４－２７２５

ＦＡＸ （０８５２）－３１－０１９８

E-mail　taniguchi@shimane-da.or.jp