

令和元年度 島根県経口摂取支援研修会 参加申込書

※申込締切日 令和元年 11 月 8 日 (金)

- 参加者について、下記表にご記入下さい。
- お弁当を当日ご購入される方は該当欄に☑をお願いします (東部会場のみ販売)。

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	

【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