

ファクシミリ送信票

送信年月日	平成	年	月	日
送信先	FAX番号	0155-31-3639		
	施設名	公益財団法人 北海道医療団 音更病院		
	担当者名	栄養科 木村千恵里		
発信元	氏名			
	施設名			
	電話・fax			
件名	第1回目『とちかち摂食嚥下食を考える勉強会』参加申込書の送信			
内容	第1回目 『とちかち摂食嚥下食を考える勉強会』に参加します			
	<input type="checkbox"/> 非会員 (一般) <input type="checkbox"/> 会 員 所属：医療・福祉・公衆衛生・勤労者支援・地域活動 学校健康教育・研究教育			
	会員番号			
	ふりがな			
	必須 お名前			
	必須 電話	(自宅・勤務先)		
	FAX	(自宅・勤務先)		
	必須 E-mail	(自宅・勤務先)(一斉送信 可・不可)		
	ご住所	(自宅・勤務先) 〒		
	勤務先名			

* 申し込み期限6月12日(月)まで

* 申込先・お問い合わせ先:

公益財団法人北海道医療団音更病院 栄養科木村千恵里

電話 0155-31-7111

FAX 0155-31-3639

