

FAX 申し込み専用紙 FAX 番号：089-984-0195 保育希望の方は詳細について別に FAX してください。

第 2 2 回「口から食べたい」講演会に申し込みます。(楷書で濃く記載してください。複数の場合連絡責任者に大きく○印を付けてください)

氏名	勤務先・職種	連絡先 TEL	受講票発送先住所
ふりがな	勤務先	職場・自宅・携帯 ○で囲んでください	〒 (自宅・職場)
	職種 看護職、介護職 、DH、ケアマネ、その他 ()	TEL	
ふりがな	勤務先	職場・自宅・携帯 ○で囲んでください	〒 (自宅・職場)
	職種 看護職、介護職 、DH、ケアマネ、その他 ()	TEL	
ふりがな	勤務先	職場・自宅・携帯 ○で囲んでください	〒 (自宅・職場)
	職種 看護職、介護職 、DH、ケアマネ、その他 ()	TEL	
ふりがな	勤務先	職場・自宅・携帯 ○で囲んでください	〒 (自宅・職場)
	職種 看護職、介護職 、DH、ケアマネ、その他 ()	TEL	
ふりがな	勤務先	職場・自宅・携帯 ○で囲んでください	〒 (自宅・職場)
	職種 看護職、介護職 、DH、ケアマネ、その他 ()	TEL	

ここに振替領収書(または写し)を貼付して下さい。
申し込み人数が多い場合はこの用紙をコピーしてください

質問記入欄 食支援について現場で困っていることを具体的に質問して下さい。

人数が多数の場合、この用紙をコピーして使ってください。伊予歯科医師会のホームページ <http://www.iyodental.jp/>からもダウンロードできます