

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3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3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9月26 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

