**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２２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） | **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 |
|  |
| **職種** 看護職、介護職、DH、ケアマネ、その他（　　　） | ℡ |
| 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（　　　） | ℡ |
| 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（　　　） | ℡ |
| 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（　　　） | ℡ |
| 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（　　　） | ℡ |
| 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