

摂食・嚥下セミナーDVD再講習会（7/24）参加申込書

所属・歯科医院名：

\_\_\_\_\_

〔全県下対象〕

摂食・嚥下機能の発達を理解する（Ⅰ）（第3回セミナー）受講申し込み

※必ず受講場所を選んでください。

氏名 ふりがな	職種・所属等	高松	丸亀

〔東讃地区対象〕

摂食・嚥下機能の基礎知識（第2回セミナー）受講申し込み

氏名 ふりがな	職種・所属等

【香川県歯科医師会 FAX：087-822-4948】