香川県歯科医師会　ＦＡＸ：（０８７）８２２－４９４８　宛

# 第３回摂食・嚥下セミナー応用編参加申込書（1/21開催）

貴団体名：

※必ず受講場所を選んでください。

| 氏名（ふりがな） | 職種・所属 | メイン会場 | サテライト会場 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 高松 | 中讃 | 東讃 | 小豆 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

申込締切：１月１３日（水）