

# 地域栄養研究会参加申し込み用紙

井原市立井原市民病院

地域医療連携室 宛て

FAX 0866-63-2840

第64回

「口腔ケア実習 ～スポンジブラシの正しい使い方を実感しよう！～」

所属機関名	TEL (       )    -
	FAX (       )    -

同じ事業所（施設）の場合 事業内容を職種欄へ一緒に書いてください。

（たとえば デイサービス→ 介護職員

グループ内で多部門がある場合は、その所属をご記入ください。

参加者氏名	職種

・ 申込み〆切は H 30年 12月 7日（金）です。

代表者の方に印をつけてください。

（連絡事項がある場合にご連絡させて頂いてもよい方をお願いします。）