

( ) 摂食指導者育成研修会  
( ) 摂食エキスパート研修会

申込書

※いずれかに○印を入れて下さい。

会場名 ( )

開催年月日 平成 年 月 日

申込年月日 平成 年 月 日

お一人でお申し込みの方、又はお二人以上でお申し込みの場合の参加代表者の方			
ふりがな 氏名	①	本会の加入	会員 非会員
		職種	※
住所	〒 -	自宅電話	
		携帯電話	
		E-mail	

参加者氏名 (お二人以上の場合)	本会の加入	職種 ※
②	会員 非会員	
③	会員 非会員	
④	会員 非会員	
⑤	会員 非会員	

【今、お悩みのことやこの研修に期待することなどがありましたらお書き下さい】

※該当する職種の数字・記号をご記入ください。例) 特別支援学校の場合：① A

(職種)
①特別支援学校 ( A 教員 B 栄養士 C 看護師 D 寄宿舍指導員 E その他 ( ) )
②障がい児・者施設 ( A 保育士 B 指導員 C 看護師 D 栄養士 E その他 ( ) )
③高齢者施設 ( A 介護職員 B 看護師 C 栄養士 D ケアマネ E その他 ( ) )
④その他 ( A 保護者 B 家族 C 歯科医師 D 歯科衛生士 E その他 ( ) )

※ご記入いただいた情報は本研修会以外では使用いたしません。

- ・自宅電話、携帯電話、E-mailは、日程等に変更が生じた場合に連絡させていただきますので、連絡が付きやすい方をご記入下さい。複数ご記入いただいても構いません。
- ・職種は、参加者の状況を把握し、講座の内容に反映させたいと考えています。

※「摂食コミュニケーション・ネットワーク」のホームページからもお申し込みができます。

※定員を超え受講できない場合は、事務局よりご連絡致します。