

(表紙は不要)

FAX:0854-47-7524

宛先:雲南市立病院 リハビリテーション技術科 佐々田宛

口から食べる支援(3回シリーズ) 参加申込

申込日 平成 年 月 日

施設名			
住所			
電話番号			
FAX番号			
	第1回	第2回	第3回
参加	12/16	2/9-10	2/16
氏名			
参加	12/16	2/9-10	2/16
氏名			
参加	12/16	2/9-10	2/16
氏名			
参加	12/16	2/9-10	2/16
氏名			
参加	12/16	2/9-10	2/16
氏名			
参加	12/16	2/9-10	2/16
氏名			
参加	12/16	2/9-10	2/16
氏名			

参加希望日に○印を付けて下さい

例:

2/9-10

※ 参加費は1回のみ参加でも3,000円です。

※ 座席数が限られるため、出来るだけ早めにお申し込みください。

