



参加費： 会員・学生 2,000円 非会員 3,000円

申込み方法：

1) 「官製往復はがき」、「封書」、「FAX」または「メール」にてお申し込みください。

〔往信用はがき〕 表面 → 「宛名シール」をコピーして貼付  
裏面 → 「参加申込シール」をコピーして貼付  
必要事項を記入して下さい  
〔返信用はがき〕 表面 → 返信先（あなた）の宛名を記入  
裏面 → 白紙

2) こちらから「受講可否についての通知」を返信致します。「受講許可書」が届いた方は、記載文に従い 期日までに指定の郵便口座へ参加費をお振込み下さい。

お願い： ・参加費の振込みは、期日厳守でお願い致します。  
・参加申し込みのキャンセルは、準備の都合上 必ずご連絡下さい。  
・ご入金後のキャンセルについては、参加費の払い戻しは致しません。  
なお、代理者の参加は認めますので、その際は事前にご連絡下さい。

— お申し込み・お問い合わせ先 —  
〒505-0301 岐阜県加茂郡八百津町八百津 1286-7  
岐阜県嚙下障害研究会 初級課程係  
FAX (0574) 43-1320  
メール gifukenengesyougaikenkyukai@yahoo.co.jp  
\*お電話での問い合わせは、ご遠慮願います。

【宛名シール】

【参加申し込みシール】

〒505-0301 加茂郡八百津町八百津 1286-7 岐阜県嚙下障害研究会 初級課程係	平成29年 月 日
	第20回 摂食・嚙下リハビリテーション講習会 初級課程 参加申込書
	1. 氏名 _____ 職種 _____ 勤務先 _____ <input type="checkbox"/> 会員 (会員番号) _____ <input type="checkbox"/> 非会員 *会員の方は、個人宛の案内封筒のラベルに会員番号が記載されています
	2. 連絡先 (自宅・勤務先) 〒 _____ 住所 _____ TEL _____ FAX _____