

第8回沖縄リハビリテーション栄養研究会 お申し込み用紙

【開催日令和元年7月20日】

お申し込み方法 FAX：098-993-7349（7/12日申込み締切）

□ご参加には、この用紙によるFAXでのお申し込みが必須です。

■必要事項をご記入の上、FAX送信後申し込み完了といたします。定員内の方へは連絡をいたしません。

□申し込みは先着順です。定員に達した場合、キャンセル待ちの方のみご連絡させていただきます。

■FAX済みの本用紙が参加証となりますので、当日ご持参ください。

□ご連絡先のFAX番号は必ずご記入ください。

■申込書にご記載の個人情報は、本セミナーの受付管理の目的のみに使用いたします。

【ご記入欄】 *1枚で4名様までお申込できます（4名以上ご参加の場合は、コピーしてお使い下さい）			
ご施設名			
所在地	〒		
TEL		FAX	必ずご記入下さい

※必ず、ふりがなをご記入をお願いします

ふりがな お名前	ご職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士・管理栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> PT・OT・ST <input type="checkbox"/> その他（ ）
ふりがな お名前	ご職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士・管理栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> PT・OT・ST <input type="checkbox"/> その他（ ）
ふりがな お名前	ご職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士・管理栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> PT・OT・ST <input type="checkbox"/> その他（ ）
ふりがな お名前	ご職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士・管理栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> PT・OT・ST <input type="checkbox"/> その他（ ）

沖縄県総合福祉センター 案内図



アクセス：沖縄県総合福祉センター

モノレール利用の場合

首里駅または儀保駅からタクシーで約10分

※ 駐車場のスペースに限りがありますので、なるべくお乗り合わせでお越し下さい。

〒903-8603

沖縄県那覇市首里石嶺町4丁目373-1

TEL 098-882-5811（代表）

お問い合わせ先

ちゅうざん病院 吉田貞夫

TEL：098-982-1385（内線3150）

※ 9：00～17：00 金・土・日・祝日を除く