

平成29年度 高齢者における口腔リハビリテーション実践セミナー(初級編) 参加申込書

～ 日々の業務に活かせる実務を学ぶ ～

参加 希望回	<input type="checkbox"/> 第1回(平成29年7月22日、8月5日、8月26日) <input type="checkbox"/> 第2回(平成29年9月16日、9月30日、10月21日) <input type="checkbox"/> 第3回(平成29年11月11日、11月25日、12月9日)	会場	<small>3回とも</small> ホテルライフオーツ札幌 3階 はなの (但し、7/22は4Fアニマート、9/16は3Fいずみ) 札幌市中央区南10条西1丁目 中島公園前 電話 011-521-5211 (札幌市営地下鉄南北線 中島公園駅1・3番出口より徒歩約3分)
-----------	--	----	---

参加を希望する回の口にチェックを付してください。

送付先	<ul style="list-style-type: none"> ●FAXの場合 011-520-5005(送信票は不要です。) ●E-mailの場合 yasuhiko_yoshida@icare-g.com (PDFファイルに変換の上お送り願います。) ●郵送の場合 〒064-0809 札幌市中央区南9条西3丁目 札幌KSビル8階 特定非営利活動法人アイケア・ネット あて 	申込 期限	第1回 7/7 第2回 9/1 第3回 10/27
-----	---	----------	---------------------------------

所属(会社等)

所在地(住所) 〒

電話番号

FAX番号

E-mailアドレス

	参加者氏名	所属部署	備考
1			
2			
3			

お問い合わせ	電話 011-530-6311	FAX 011-520-5005	E-mail yasuhiko_yoshida@icare-g.com
	特定非営利活動法人 アイケア・ネット (担当者 吉田)		〒064-0809 札幌市中央区南9条西3丁目 札幌KSビル8階