摂食嚥下機能評価研修会アドバンスドコース申込書

記入日：　2020年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．職　種 | □医師　（診療科目：　　　　　　科）　　　　□歯科医師  □その他（　　　　　　　　　　　　） | |
| ２．（フリガナ）  氏　名 |  | 年齢：　　　 歳 |
|  |
| 性別： 男 ・ 女 |
| 会員番号：　　　　　　認定士番号： | |
| ３．連絡先  （こちらの住所へ郵送物をお送りします） | 所属：  住所：〒  電話番号：  メールアドレス：  （受講者ご本人のメールアドレスをご記入ください．受講までのご連絡をさせていただきます．） | |
| ４．摂食嚥下障害  　　治療経験 | 経験年数 年  おおよその症例数 　 件／月 | |
| 5．領収書の要否 | 領収書：️□ 必要　　️□ 不要  　　　　↓  　　　　領収書宛名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　． | |