

## 「摂食・嚥下リハビリテーション初級研修会」受講申込書

平成22年 7月 日

埼玉県社会福祉事業団 嵐山郷 栄養担当  
摂食・嚥下リハビリテーション研修会係 あて

(市 町 村) \_\_\_\_\_  
(施設・事業所名) \_\_\_\_\_

(連絡担当者名) \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_

※電話番号等の連絡先は必ずご記入ください。

- 1 平成22年度摂食・嚥下リハビリテーション研修会について、次のとおり受講を申し込みます。

施設種別	職 種	氏 名
(○で囲って下さい)	介護職 保育士 栄養士	ふりがな
老人 障害 保育	生活指導員 調理師 管理職	
児童 社協 学校	教員 その他 ( )	

- 2 研修内容に反映させたいと考えていますので、研修において**学びたいこと、質問等**を記入してください。

受講申込書の記載事項は、①受講者の情報管理を行うこと、②研修当日に配布する資料に市町村、施設名、氏名、職名を記載した参加者名簿を作成し、配布すること以外には使用いたしません。

\* 申込先 埼玉県社会福祉事業団 嵐山郷 栄養担当 摂食・嚥下リハビリテーション研修会係  
(担当：依田・谷口)

〒355-0201 嵐山町古里1848

TEL 0493-62-0585 ・ 0493-62-0563

FAX 0493-62-8944

※FAXでのお申込みの場合は、確実に送信されたことをお電話で御確認ください。

受信確認欄 (事業団記入欄)	受付NO.