**令和５年度 誤嚥予防セミナー申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な団　体　名 |  |
| ふ り が な代　表　者 |  |
| 電話番号 |  |
| 緊急時の連絡先 | * 携帯電話等　当日連絡のつく番号をご記入ください。
 |

**誤嚥予防セミナーの開催希望日、希望時間及び場所をご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　）　 |
| 希望時間 | 　　　時　　　分から　　　時　　　分まで |
| 場所 | 名称 |  |
| 住所 |  |

　【 確 認 事 項 】

・開催できる期間は令和６年２月２９日（木）までです。

・開催日が木曜日以外の場合、DVDが再生できる環境が必要です。会場の機器（テレビ、DVD再生機器等）をご確認ください。

・場所は各団体でご用意をお願いします。

〈申込み先〉　春日井市歯科医師会　FAXまたは郵送でお申し込みください

・FAX 　 ０５６８－８５－０１８６

・郵送先　〒４８６－０８０４

春日井市鷹来町1-1-1　春日井市総合保健医療センター4階

春日井市歯科医師会　「誤嚥予防セミナー申込」