



送信先: 愛生会山科病院

FAX 075-593-3179

嚥下食プロジェクト 参加申込用紙

【参加申し込み締切日】 平成25年7月19日(金)

ご施設名	
ご所属	
ふりがな	
代表者氏名 (参加予定人数)	(計 名)
ご連絡先 電話番号	
ご連絡先 FAX番号	
ご連絡先 メールアドレス(PC)	携帯アドレス不可 @

※個人情報の取り扱いについて:ご記入いただきました個人情報は、嚥下食プロジェクトの会合連絡のみに利用し、その他の第三者に提供することはありません。

【問い合わせ先】

京滋摂食嚥下を考える会 京都支部 事務局
愛生会山科病院 栄養科
京都市山科区竹鼻四丁野町19-4
TEL : 075-594-2323(代)
FAX : 075-593-3179(代)
メール : nst@aiseikaihp.or.jp