## FAX：092-642-5685

**九州大学耳鼻咽喉科　日耳鼻福岡県地方部会**

《送信の際、0発信の場合は、送り間違いのないようにくれぐれもご注意願います。》

**第6回嚥下障害講習会 申込書**

申込締切日：2019年8月2日（金）

* ご連絡先をご記入の上、ＦＡＸにてお申込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| ふりがな |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先ご　所　属 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 備考 | いずれかに○をお付けください。（　　）医師　　　（　　）歯科医師　　　（　　）その他（具体的に　　　　　　　　　） |

* なお、会費を**2019年8月2日（金）**までに下記口座にお振込みください。

福岡銀行　県庁内支店（普通）1179485

口座名：生涯学習のための講習会　代表

会費：医師5000円、歯科医師3000円、その他の職種1000円

　連絡先　　〒812-8582　福岡市東区馬出3-1-1九州大学耳鼻咽喉科内

日耳鼻福岡県地方部会　担当　岳野

TEL：092-642-5668, FAX：092-642-5685