**長崎口腔ケアフォーラム参加申込書**

**第1回**

参加ご希望の方は、下記に必要事項をご記入の上、**メール**または**FAX**にてお送りください。お申込み締め切りは11月16日（金）です。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名 |   |
| 職種 | 氏名 |
| **□医師　　□歯科医師　　□看護師****□歯科衛生士　　　　□言語聴覚士　　　　　　□介護職員　□その他（　　　　　　　　　）** |  |
| **□医師　　□歯科医師　　□看護師****□歯科衛生士　　　　□言語聴覚士　　　　　　□介護職員　□その他（　　　　　　　　　）** | 　 |
| **□医師　　□歯科医師　　□看護師****□歯科衛生士　　　　□言語聴覚士　　　　　　□介護職員　□その他（　　　　　　　　　）** | 　 |
| **□医師　　□歯科医師　　□看護師****□歯科衛生士　　　　□言語聴覚士　　　　　　□介護職員　□その他（　　　　　　　　　）** | 　 |
| **□医師　　□歯科医師　　□看護師****□歯科衛生士　　　　□言語聴覚士　　　　　　□介護職員　□その他（　　　　　　　　　）** | 　 |

送付先：

メール：oralcare2018-gakkai@umin.ac.jp

FAX：095-819-7700

お問い合わせ先：

長崎大学病院 周術期口腔管理センター

五月女さき子

TEL: 095-819-7698

送付先：

メール：oralcare2018-gakkai@umin.ac.jp

FAX：095-819-7700

お問い合わせ先：

長崎大学病院 周術期口腔管理センター

五月女さき子

TEL: 095-819-7698