

出欠に関わらず、必ず期日までに返信して下さい。
【送信票不要】 締切日：平成 27 年 11 月 6 日（金）必着

平成 27 年度 神戸介護老人保健施設協会
 栄養・調理部会 「嚥下食研修会」（H27.11.26 実施分）申込み用紙

施設名		所在ブロック	A・B・C・D
送信者氏名			
連絡先(FAX)		送信月日	月 日
() 研修会に参加します。 → 下表に参加者氏名等を記入してください。 () 研修会に参加しません。 → 後日資料等を送付しますので、宛名表に記入してください。			
参 加 者 氏 名			
役職	職種	氏名	
食物アレルギーのある方は内容を必ずご記入ください。 ()			
—返信先—			
平成 27 年度 神戸介護老人保健施設協会 栄養・調理部会 連絡網 各ブロック幹事宛 <u>Aブロック あすなろ旭 (FAX:581-1600) Bブロック グリーン7高倉 (FAX:735-7200)</u> <u>Cブロック アネシス兵庫 (FAX:652-8665) Dブロック 神戸長者町白寿苑 (FAX:646-9893)</u>			

欠席される方は下記に必ず記入して送信ください

(宛名表)



住 所	〒 —		
施設名			
氏 名	様		