

令和7年度 摂食・嚥下&口腔ケア1DAYセミナー 受講申込書

申込日： 令和 年 月 日

ふりがな			
氏 名			
生年月日		年	月 日
勤務先または自宅	法人名		
	所属名		
	住所	〒	
	TEL		FAX
	E-mail	受講決定連絡が届くアドレスをご記入ください。	
職種 例：看護師(主任)		あれば役職名 ()	経験年数 年 ヶ月
資格 該当に☑		☐ 介護職員初任者研修課程(訪問介護員1級、2級含む) ☐ 介護職員実務者研修課程 ☐ 介護福祉士 ☐ 介護支援専門員 ☐ 看護師 ☐ 歯科衛生士 ☐ 管理栄養士 ☐ 栄養士 ☐ 調理師 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☐ 特になし ☐ その他	
質問① 摂食嚥下障害のある方のケアについて質問があればご記入ください。			
質問② 口腔ケアについて質問があればご記入ください。			

* 申込方法は以下よりお選びください。

申込書を FAX	FAX番号： 097-552-6868 (別途送信票は不要)	} 受講決定は FAX で 連絡します
メール	申込書を添付または申込書記入内容をメールに入力し送信 E-mail : k-inagaki@okk.or.jp	
申込フォーム	https://forms.gle/9YzAc6sbGV6bxCCQ8	 } 受講決定は メールで 連絡します

