



第 44 回 TOUCH 摂食咀嚼嚥下基礎セミナーA

FAX 参加申込書

FAX 機の「読み取り面」と「記載面（この面）」

を確実に合わせてFAXしてください。

申 込 日	平成 30 年			月	日
フリガナ					ご職種
ご芳名					
<b>ご連絡先</b>  参加票の送付やご連絡の場合、ご希望される連絡先を○でお困みください。  ○勤務先 ・ ○ご自宅	勤務先 〒	-			
	勤務先施設名				
	電話 ( )	-	FAX ( )		
	ご自宅 〒	-			
	電話 ( )	-	FAX ( )		
アドレス @  - (ハイフン) や _ (アンダーバー) をご使用の方は下記番号もあわせてご記入下さい ① - (ハイフン) ② _ (アンダーバー) ③ 0 (数字) ④ 1 (数字) ⑤ l (小文字のL) ⑥ o (アルファベット小文字のO) ⑦ 0 (アルファベット大文字のO) [ 例. ⑦ ②③ ④ ①⑤ ⑥⑥ ⑥ ] 0da_0315-lucky@yahoo.co.jp					
参加費 お振込み予定日	月	日	お振込み 金融機関	銀行	支店
お振込を ご本人以外 の方がされる場合	フリガナ				
	お名前				
	ご連絡先	ご住所			
	電話			FAX	

申込先

**FAX. 072-741-0448**

TOUCH事務局 〒563-0017 大阪府池田市伏尾台 5-8-3

http://www.touch-sss.net/ TEL 072-741-0422 Mail : touch\_care@leto.eonet.ne.jp

申込書にご記入いただいた情報は、適切に保護管理し、漏洩などの防止に努めております。お申込み者の同意なく第三者への開示・提供は致しません。当法人からのセミナーのご案内等に利用させていただく場合がございます