



第 45 回 TOUCH 摂食咀嚼嚥下基礎セミナーB

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						
ご連絡先 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