

【申込先】にいがた摂食嚥下障害サポート研究会事務局 関川・佐藤

FAX : 025-246-0030 e-mail : nsesk@nico.or.jp ページのみお送りください。

新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命科学専攻・口腔生命福祉学専攻
にいがた摂食嚥下障害サポート研究会
摂食嚥下機能評価コンソーシアム講演会

摂食嚥下障害への取り組み ～これまでとこれから～ 参加申込書

所属団体・部署名	
連絡先電話番号（代表者）	— —
メールアドレス	

参加者

氏名	職種	区分	会員のみの ランチョン申込	認定士/衛生士会会員番号
		<input type="checkbox"/> サポート研究会会員 <input type="checkbox"/> 地方公共団体 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 申し込む <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下リハビリテーション学会 認定士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士会 番号： _____
		<input type="checkbox"/> サポート研究会会員 <input type="checkbox"/> 地方公共団体 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 申し込む <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下リハビリテーション学会 認定士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士会 番号： _____
		<input type="checkbox"/> サポート研究会会員 <input type="checkbox"/> 地方公共団体 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 申し込む <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下リハビリテーション学会 認定士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士会 番号： _____

* 職種の例・・・ 医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、言語聴覚士、栄養士、介護職員 等

【単位取得について】

* 日本摂食嚥下リハビリテーション学会

本講演会は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会公認セミナーとなっております。

単位取得をご希望の方は、上表に認定士番号をご記入の上、受付で認定証をご提示ください。

* 日本歯科衛生士会

単位取得をご希望の方は、上表に会員番号をご記入ください。

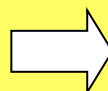
単位の詳細は、歯科衛生士会HPをご覧ください。

【写真撮影について】

本講演会では、会場の様子を撮影して報告書にまとめ、研究会HPに掲載します。

摂食嚥下障害への理解促進のための情報提供と考えております。ご協力とご理解をお願いいたします。

WEBでのお申込みは、こちらの QR コードから、
参加申込書に必要な事項をご記入のうえ、
お申込みください。



<https://goo.gl/forms/h6bnxKb3Amz0fNX62>

新潟県歯科医師会館

〒950-0982 新潟市中央区堀之内南3丁目8番13号

タクシー：新潟駅南口から乗車 15分程度

バス：新潟駅南口から女池線（江南高校前、女池愛宕行き）乗車
堀の内南バス停下車 徒歩1分

自家用車：会館向かいに駐車場がありますが、台数は非常に限られております
公共交通機関でご来場ください



新潟県歯科医師会