令和元年度 嚥下内視鏡講習会 参加申込書

記入日　　　令和2年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．職　種 | 歯科医師  医師（診療科目：　　　　科）コメディカル | |
| ２．（フリガナ）  氏　名 |  | 年齢：　　　 歳 |
|  |
| 性別： 男 ・ 女 |
| ３．連絡先 | 所属：  住所：〒  電話番号：  メールアドレス：  （受講者ご本人のメールアドレスをご記入ください．受講までのご連絡をさせていただきます．） | |
| ４．嚥下機能検査  実績 | 摂食嚥下リハビリテーションの経験の有無  　️ あり → 経験年数 年 おおよその症例数 　 件／年  なし  内視鏡下嚥下機能検査の経験の有無  　️ あり → 経験年数 年 おおよその症例数 　 件／年  なし  現在までの嚥下内視鏡検査実績：　　　　　　　　　件  現在までの嚥下造影検査実績：　　　　　　　　　　件 | |
| 5．領収書の要否 | 領収書：️  必要　　️ 不要  　　　　↓  領収書宛名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　．  （尚，参加費のお支払は，当日受付にてお願いいたします） | |

メール添付にて下記までお願いいたします．

新潟大学　摂食嚥下リハビリテーション学分野

真柄 仁 E mail: [jin-m@dent.niigata-u.ac.jp](mailto:jin-m@dent.niigata-u.ac.jp)