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