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