

口腔ケアで誤嚥性肺炎予防、 サルコペニア、フレイル予防



FAX申込用紙

参加ご希望の方は、必要事項をご記入のうえ、下記宛までFAXでお申し込みください。(本状1枚で8名様まで申込可能です。)

施設名	
住所	〒
TEL	()

お 名 前	職 種

お申し込みは／ 一般社団法人川西市歯科医師会

FAX:072-740-1061 (24時間受付)

~~申込期限／平成29年1月31日(火)~~

お問い合わせ／一般社団法人川西市歯科医師会 事務局
TEL:072-757-5868(月～金曜日 9:00～17:00)