

新潟エッセン

第7回検討会のご案内



謹啓 時下、皆様方におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
さてこの度、下記の要領にて、新潟市東区における摂食嚥下に関する検討会を行うこととなりました。

日々、ご多忙のこととは存じますが、万障お繰り合わせの上、ご出席賜りますよう
よろしくお願い申し上げます。皆様方のご参加を心よりお待ち申し上げます。

謹白

● 平成31年 **3月15日** (金)

受付**18:30**～ 製品説明**18:45**～

● 木戸病院 アネックス棟3階 講堂

新潟市東区竹尾4丁目13-3 TEL: 025-273-2151

● 講演 **19:00**～

『**重度嚥下障害への対応—完全側臥位法—**』

グループワーク

『**完全側臥位法を体験し、考える**』

※当日は軽食をご用意しております。

参加希望の方は、平成31年**3月1日** (金曜日) までに別紙参加申込書にご記入のうえFAXにてお申し込み頂きますようよろしくお願いいたします。

【お問い合わせ】新潟エッセン事務局

桑名病院 地域医療連携室 TEL025-279-1777

共催：新潟エッセン／株式会社大塚製薬工場

新潟エッセン第7回検討会 参加申込書（FAX送信用）

日 時：平成31年3月15日（金曜日）

会 場：木戸病院 3階 講堂

申込期限：平成31年**3月1日**（金曜日）

申込先) 桑名病院 地域医療連携室

担当：板倉 小林

F A X : 025-279-1721

下記の必要事項を記入して、
左記申し込み先まで
FAXでお申し込みくださ
い。

施設・機関名 ()	
電話 ()	F A X ()
参加申込者	職種
フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> S W・相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他 ()
フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> S W・相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他 ()
フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> S W・相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他 ()
フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> S W・相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他 ()
フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> S W・相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他 ()
フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> S W・相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他 ()
フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> S W・相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他 ()