

NPO 法人 Reconnect
摂食嚥下相談
申し込み票

【 F A X 】 7 2 - 3 3 0 1

事業所・施設名

記入者氏名：
電話番号：
FAX 番号：

①嚥下評価希望

②研修会希望

★ご希望の内容について、相談したいこと等をご自由にお書きください

受信しましたら詳しい内容の確認
と日程調整のため担当者がお電話
差し上げます。