

# FAX 送信表

送信先：太田熱海病院 嚙下センター 中村 くみ子 行  
FAX：024-984-3174

送信元 施設名：

代表者名：

TEL：

FAX：

第 14 回ふくしま嚙下リハビリ懇話会（3 月 1 日（土））に申し込みます。

参加者名	職種	参加者名	職種

計 \_\_\_\_\_ 名

お手数ですが、2 月 21 日（金）までにご返信下さい。よろしくお願い致します。