【送付先】庄内総合支庁保健企画課健康増進担当　行（添書不要）

FAX:0235-66-4935，E-mail:yshonaihoken@pref.yamagata.jp

在宅における食支援フォーラム庄内２０２３　参加申込書

●日時：令和５年１０月２１日（土）　１３時から

●場所：三川町いろり火の里　文化館なの花ホール

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ※団体で複数名の場合は、代表者名を記入し他の出席者については下欄にご記入ください。 | | | |
| 職業  （一般の方は不要です） | □医師 | □歯科医師 | □看護師 | □薬剤師 |
| □管理栄養士 | □言語聴覚士 | □作業療法士 | □理学療法士 |
| □歯科衛生士 | □介護士 | □ホームヘルパー | □ケアマネージャー |
| □その他：職業等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □行政関係者：所属等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 所属団体等  （一般の方は不要です） |  | | | |
| メールアドレス | （フォーラム終了後、アンケート依頼を送付させていただきます。） | | | |
| ＴＥＬ |  | | | |
| ＦＡＸ | （ＦＡＸでの連絡を希望される方） | | | |

【質問等】

|  |
| --- |
| 【食支援や多職種連携などについて質問がある場合はご記入ください。】 |

【団体の場合の出席者】

※団体で申し込む場合は、上記「お名前」に代表者を記入し、その他の出席者はこちらに  
氏名と職業を記入してください。　記入例：山形　花子（看護師）、庄内　太郎（薬剤師）