

# 嚙下障害講習会申込み

日耳鼻熊本県地方部会事務局 行き  
(FAX: 096-373-5256)

氏名: \_\_\_\_\_

勤務先: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

2月12日(金)までにお申し込みください