

下記該当項目をご記入の上、FAXでお申し込みください。



0968-46-6060

FAX

認定栄養ケア・ステーション やまが

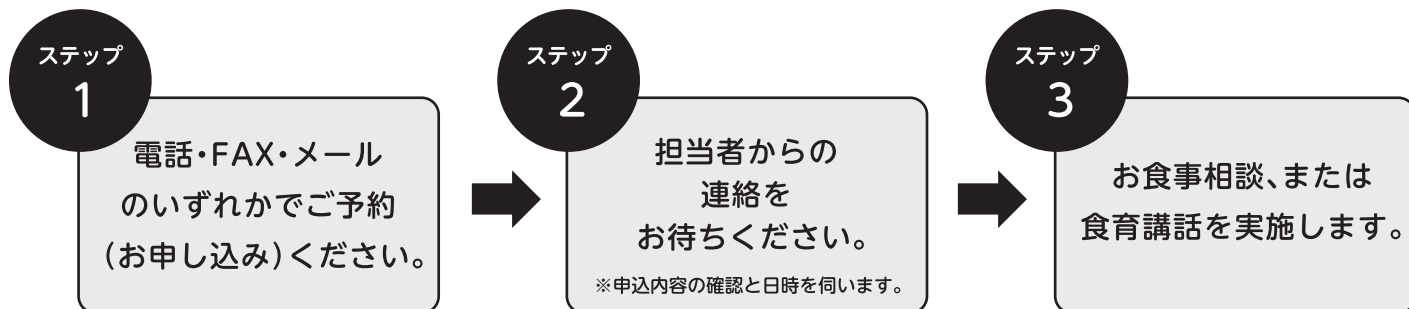
予約申込書

※該当する項目のに✓点を付けてください。

ご希望の日	令和 年 月 日	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日
フリガナ			<input type="checkbox"/> 昭和	
お名前		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 平成	()歳
		<input type="checkbox"/> 女		
ご住所	(〒 -)			
ご連絡先	※電話番号をご記入ください。			
	<input type="checkbox"/> 自宅	—	—	
	<input type="checkbox"/> 携帯			
お食事相談内容	<input type="checkbox"/> 病態等の食事管理 <input type="checkbox"/> 口腔機能障害 <input type="checkbox"/> 介護食について			
ご相談場所	太陽 ・ 山鹿中央病院 ・ その他()			
講演内容	<input type="checkbox"/> フレイル予防 <input type="checkbox"/> 口腔機能と栄養状態の維持 <input type="checkbox"/> 高齢者の食事管理			
講演場所	公民館 ・ その他()			

ご記入頂いた個人情報につきましては、個人情報保護法の方針に従い管理いたします。

お申し込み方法



お気軽にお問い合わせください!

■電話:0968-46-6111

■メール:taiyoeiyo@smate.jp

医療法人 回生会

介護老人保健施設 太陽

担当 林

※電話受付 9:00~16:00(土・日・祝休)