【事務局使用欄】
受付番号：　　受付日：　　受付担当者：

第４回日本ディサースリア学術集会

当日参加申込書

※下記の太枠内をすべてご記入ください

ふりがな 氏　名	
所　属	
所属先の所在地 ※都道府県名のみ記入	（　　）都　・　道　・　府　・県
職　種 ※該当する項目に☑をつけてください	☐ 言語聴覚士　☐ 理学療法士　☐ 作業療法士 ☐ 看護師　☐ 准看護師　☐ 管理栄養士 ☐ その他（職種：　　）
参加区分 ※該当する項目に☑をつけてください	☐ 日本ディサースリア臨床研究会　正会員　（10,000 円） （会員番号：　　） ☐ 日本ディサースリア臨床研究会　学生会員（10,000 円） （会員番号：　　） ☐ 日本ディサースリア臨床研究会　非会員　（11,000 円）