送信先:FAX(0857)21－6651
鳥取赤十字病院　栄養課　宛
締切日:平成 30 **年** 9 **月** 13 **日(木)**

参 加 申 込 書

施　　設　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加代表者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒
連絡先　　住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Email：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな 氏　名	職　種	経験年数	備　考