

送信先:FAX(0857)21-6651  
鳥取赤十字病院 栄養課 宛  
締切日:令和3年8月27日(木)

## 參 加 申 达 書

施 設 名 : \_\_\_\_\_

参加代表者氏名：

二

連絡先 住所:

電話番号：( )

メールアドレス: \_\_\_\_\_