

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)

## 参加申込書

施 設 名：\_\_\_\_\_

参加代表者氏名：\_\_\_\_\_

 $\equiv$ 

連絡先 住所：\_\_\_\_\_

電話番号：( )

メールアドレス：\_\_\_\_\_

[illegible]