

送信先:FAX(0857)21-6651
鳥取赤十字病院 栄養課 宛
締切日:令和7年9月2日(火)

参加申込書

施 設 名：_____

参加代表者氏名：_____

三

連絡先 住所：_____

電話番号：()

メールアドレス： _____

[illegible]