

送信先:FAX(0857)21-6651
鳥取赤十字病院 栄養課 宛
締切日:令和8年9月24日(木)

参加申込書

施 設 名：_____

参加代表者氏名：

$$\overline{\text{T}}$$

連絡先 住所：_____

電話番号：()

メールアドレス： _____

[illegible]