

# 糖尿病 勉強会 申込書

FAX 0228-21-5350

日程 平成30年6月3日(日)

該当する( )に○を記入してください

研修会に参加( )

昼食会に参加( )

申込日 平成 年 月 日

ふりがな  
氏 名

生年月日:大正 昭和 平成 年 月 日

性 別: 男 ・ 女

郵便番号: □□□-□□□□

住 所

連絡先(電話番号) ( )

弁当代は、当日徴収いたします。

栗原中央病院 栄養管理室 伊藤義博

病院使用欄

受理年月日:平成 年 月 日

ID 無 ・ 有→