

申込みFAX用紙

鳥取医療センター 地域医療連携室宛

FAX番号 0857-59-0713

第1回 鳥取医療センター

摂食・嚥下障害フォーラムに

出席 します。

施設名

職 種	氏 名

申込み〆切 3月9日(火)