

第 10 回 鳥取県立中央病院・糖尿病療養指導講習会

参加申込書

ご記入の上、下記 FAX 番号までご送信ください

FAX 番号：0857-51-0637

鳥取県立中央病院・総合医局宛

ご施設名：

ご連絡先：

お名前：

職 種：

お申し込み締切日 令和元年 12 月 3 日（火）

お問い合わせ先

〒680-0901 鳥取市江津 730

鳥取県立中央病院・糖尿病教育センター

榎崎 晃史

TEL 0857-26-2271