



送信先：(公財)鳥取県臓器・アイバンク

FAX:0859-31-9130

出前講座申込用紙

お申込者

年 月 日

貴団体名	
ご担当者名	
ご連絡先 ご住所	〒
電話番号	

ご希望日時

第1希望	年 月 日 時 分から
第2希望	年 月 日 時 分から
ご依頼内容	

その他、ご意見、ご要望など自由にご記入ください。