

F A X での申し込み用紙

FAX 送信先 : (公財) 鳥取県臓器・アイバンク 行

FAX 番号 : **0 8 5 9 - 3 1 - 9 1 3 0**

※お申し込み用紙を受信しましたら、鳥取県臓器・アイバンクよりお電話をさせていただきます。
その際に、日時や講演の形式などの打ち合わせをさせていただきたいと思えます。
よろしくお願ひいたします。

①お申込者様について

氏名	
所属	
連絡先	

②出前講座のご希望について

日時 (第1希望)	令和 年 月 日 時間 時 分から開始、 () 分間
日時 (第2希望)	令和 年 月 日 時間 時 分から開始、 () 分間
場所 住所	
おおよその受講人数	
その他のご要望がありましたら、 ご記入ください。	