



【 ムサシノ食品健康宅配本部 第7回病態栄養セミナー係 山本宛 】

**FAX 03-5372-0021**

平成 年 月 日

## 第7回病態栄養セミナー申込用紙

**TEL 03-5923-6671**

弊社受付の都合上、極力 FAX でのお申し込みをお願い致します。

施設・医療機関名		
所在地	〒 —	
TEL		
FAX		
E-mail アドレス		
参加代表者名	フリガナ:	健康宅配ランチ
		参加する・参加しない

参加者名

部署名	御役職名	御氏名	健康宅配ランチ
		(フリガナ: )	参加する・参加しない
		(フリガナ: )	参加する・参加しない
		(フリガナ: )	参加する・参加しない
		(フリガナ: )	参加する・参加しない
		(フリガナ: )	参加する・参加しない

定員オーバーの場合、キャンセル待ちをなさいますか？ する・しない

※ ご都合により、万が一ご欠席される場合は、事前のご連絡をお願いします。

連絡先 ⇒ TEL : 049-259-7126 (健康宅配本部)

又は、携帯 : 090-8771-4611 (営業 山本)

(弊社記入欄) お申し込み確認後、弊社より、返信させていただきます。