

F A X 送 信 票

宛 先	天使大学大学院看護栄養学研究科栄養管理学専攻 「健康栄養クリニック」担当： 原 ・ 百々瀬 行 〒065-0013 札幌市東区北 13 条東 3 丁目 1-30 FAX 011-741-1077 TEL 011-741-1051(代表)
件 名	「健康栄養クリニック」申し込み
発 信 元	住所..... 氏名..... TEL..... 年齢..... 歳..... 身長..... cm..... 体重..... kg..... 現在治療中の病気の有無 有(.....) ・ 無.....
備 考	

申し込み締め切り日 8月10日 木曜日