

宛先 FAX 番号 050-5207-1632  
糖尿病ケアサポートオフィス代表：中山法子

**FAX 送信票**

用件： B C Y 住所変更など届け出

送信枚数 枚

送信者

必要事項をご記入ください

旧姓：

改正後氏名：

新施設名：

新連絡先（自宅 勤務先）住所：

電話番号：

FAX 番号：

E・mai1：