

F A X送信票

スクリーニングシートを送信します。

平成	年	月	日
送信枚数 (本票含む)			枚

送信者

事業所名	
事業所住所	〒
ふりがな 担当者氏名	
電話番号	
F A X番号	
メールアドレス	

※本票をスクリーニングシートと共に以下まで FAX 送信ください。

送信先 一般社団法人在宅栄養ケア推進基金

F A X 0 8 8 0 - 3 4 - 9 8 4 1