医療用ウィッグ展示申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申込み事業者名　 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 所属　担当者名 |  |
| メールアドレス |  |
| 展示品 | 医療用ウィッグ　　　　　　　個ウィッグスタンド　　　　　　個カタログ　　　　　　　　　　種類ディスプキャップ　　　　　　袋 |

○申込み用紙提出先

患者相談支援室メールアドレス　（och2520@och.or.jp）

問い合わせ先

　地方独立行政法人　市立大津市民病院（病院代表）℡077-522-4607

　患者相談支援室　担当者　髙橋