

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 ディスプレイキャップ 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）Tel.077-522-4607

患者相談支援室 担当者 高橋