**医療広告問合せフォーム**

|  |  |
| --- | --- |
| 広告を行う医療機関の名称、所在地 | 名　称：  所在地： |
| 問合せ内容 |  |
| 担当者名及び連絡先 | 所　　属：  担当者名：  TEL：  E-mail:  FAX： |

※広告物について、実物の写真又は原稿案等参考になるものがあれば添付をお願いします。

※提出先は、広告を行う医療機関を所管する保健所となります。