|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号  （事務局記入） |  |

**医療・介護等機器相談申込書**

宛先：公益財団法人京都産業２１　医療・介護等機器相談窓口あて

**FAX　075-314-4720**

**E-mail　life@ki21.jp**

申込日　：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法　人　名　等 | |  | |
| 連絡先 | 担当者氏名 |  | |
| 所属部署名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 電話番号 |  | |
| FAX番号 |  | |
| メールアドレス |  | |
| （同席者がいる場合）  氏名、所属部署 | |  | |
| ［相談事項］*※　相談したい内容を整理し、簡潔（箇条書き）に記入してください。* | | | |
| 相談希望日 | | | （原則、年末年始・祝日を除く毎週水曜日午後開催） |
| 備　考 | | |  |