

東京都リハビリテーション病院 2階展示コーナー利用申込書

展示物品名

※可能であればカタログ等を添付して下さい。

希望する展示コーナー (上段・下段)

担当者連絡先 (名刺貼付でも結構です)

住 所 :

社 名 :

担 当 :

電話番号 :

FAX番号 :

----- 以下は当科で記入します -----

判定 (適・否)

展示期間	年	月	日～
	年	月	日

東京都リハビリテーション病院
医療福祉連携室

TEL : 03 - 3616 - 8622

FAX : 03 - 3616 - 8699