マタニティ白衣・マタニティスクラブ　レンタル申込書

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先 | （勤務先） |
| （診療科） |
| 　　　　 　 |  |
| 住所 | 〒 |
| PHS |  |
| 携帯番号 |  |
| メールアドレス |  |
| レンタル利用期間 |  |
| 　年　　　　月　　　　日　　～　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |
| 育休・産休期間 |  |
| 　年　　　　月　　　　日　　～　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |
| 希望サイズ | Ｓサイズ　　　・　　　Ｍサイズ　　　・　　　Ｌサイズ |
| 備考 |  |

マタニティ白衣・マタニティスクラブ　レンタルのお申し込みを頂きましてありがとうございます。

ご利用期間終了後は2週間以内に女性医師支援センターまでお持ちいただくか，下記までお送りください。

（送料はご負担下さい）。

また，レンタル期間の延長がある場合はお早めに，女性医師支援センターまでご連絡をお願いいたします。

【連絡先】　　〒734-8551　広島市南区霞1-2-3

広島大学　医療政策室内　広島大学病院女性医師支援センター

TEL:082-257-1505 内線：霞6538　 FAX:082-257-5962

E-mail: iryo-seisaku@office.hiroshima-u.ac.jp