　　　　　年　　月　　日

新宿区保健所衛生課　宛て

　　　　　　　　　　　　　　住所

氏名（法人名）

医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針

（医療広告ガイドライン）に関する相談票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 広告を行う診療所の情報  (法人の広告であればその情報) | 診療所名称 | |  |
| 診療所所在地 | |  |
| 広告の形態 | 画像　　動画　　その他（　　　　　　　　　） | | |
| 掲出(放送)する場所(媒体) |  | | |
| 保健所への相談事項  ※広告文言等を個別に列挙してください。 | ① | 対象の文言等 |  |
| 該当する医療広告ガイドライン項目 |  |
| 相談内容 |  |
| ② | 対象の文言等 |  |
| 該当する医療広告ガイドライン項目 |  |
| 相談内容 |  |
| ③ | 対象の文言等 |  |
| 該当する医療広告ガイドライン項目 |  |
| 相談内容 |  |
| ④ | 対象の文言等 |  |
| 該当する医療広告ガイドライン項目 |  |
| 相談内容 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

**※上表「該当する医療広告ガイドライン項目」は、ガイドラインをご参照の上、相談内容に関連する項目を**

**必ず記載してください。　[ 例） 第4　4（8） ]**

※送付メールの件名には「医療広告相談票」の文言及び対象診療所の所在地を含めてください。

メール送付先：[iyaku-tokutei@city.shinjuku.lg.jp](mailto:iyaku-tokutei@city.shinjuku.lg.jp)

　　　 　　　(新宿区保健所衛生課医薬衛生係)

**※相談票及び対象となる医療広告（全体）を添付し、メールにて送付してください（メール受信可能容量：２MB）。**