様式第１号

　　年　　月　　日

島根県国民健康保険団体連合会

事務局長　星　野　充　正　　様

団体名

代表者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

保健事業備品借用申請書

　次のとおり備品を借用したく、島根県国民健康保険団体連合会保健事業備品貸出要綱を遵守の上、申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １ 備品名及び数量 |  |
| ２ 借用目的 |  |
| ３ 借用期間 | 　　年　　月　　日（　　）から　　年　　月　　日（　　）まで |
| ４ 使用日 | 　　年　　月　　日（　　） |
| ５ 使用場所 |  |
| ６ 借用・返却方法 | 来会　　・　　運送 |
| ※運送希望の場合は、送付先（住所・施設名・受取人等）を記入〒　　　-　　　　 |
| ７ 取扱責任者 |  |