

様式 1

歯科保健指導媒体 借用書

令和 年 月 日

西宮市保健所健康増進課長 様

住所

名称

代表者名

下記のとおり 歯科保健指導媒体の借用を申し込みます。

記

1、媒体の名称	
2、借用期間	令和 年 月 日 () 時 分から 令和 年 月 日 () 時 分まで
3、使用目的	
4、使用場所	
5、使用責任者	[氏名] [電話] ()
6、その他	・ 使用に伴う故障及び破損については原状回復をいたします。 ・ 媒体使用後は「歯科保健指導媒体使用報告書 (様式 2)」を添付し、速やかに返却いたします。

以上

※保健所使用欄

[受付番号

]

[貸出の可否 可・不可]

[予約簿記入 済・未]

確認		貸出	返却
	日付	月 日	月 日
担当			