

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 | | | |