＜様式2＞

　　　年　　　月　　　日

公益社団法人 神奈川県薬剤師会会長　様

申込者　団体名

代表者名

※区分を○で囲んでください。

区分　薬剤師会・会員薬局・くすりと健康相談薬局

会員番号

住所

電話番号

神奈川県薬剤師会　健康測定機器等貸出申込書

公益社団法人神奈川県薬剤師会貸出要領を了承の上、貸出しを申込みます。

１．貸出希望機器名及び使用見込人数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機器名 | 使用見込人数・箇所 | 優先順位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

２．利用目的

３．利用期間　　　　　 　年　 　月　 　日（　　）～　　　　　 年　 　月　 　日（　　）

（県薬からの発送日・県薬への到着（返送）日を含んだ日付をご記入ください）

４．貸出機器送付先

　　　　　住　　所：〒　　　　－

　　　　　氏　　名：

　　　　　電話番号：　　　　　－　　　　　　－

|  |
| --- |
| 神奈川県薬剤師会事業課　FAX：045-751-4460　　TEL：045-751-7065 |