

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

No.	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 ()

4. 貸出機器送付先

住 所：〒 _____

氏 名： _____

電話番号： _____