

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: \_\_\_\_\_