

物品借用予約書

令和 年 月 日

一般社団法人徳島県医師会 救急備品担当者 宛

1. 使用者

医療機関名・団体名		
住所		〒
担当者	役職	
	氏名	
	T E L	
	F A X	

2. 引取・返却に関する担当者（※上記の担当者と異なる場合は記入して下さい）

所属	
氏名	
T E L	
F A X	

3. 使用目的

令和 年 月 日 () の	で使用するため
----------------	---------

4. 物品

<input type="checkbox"/> リトルアン（A E Dデモ機含む）	台（上限7台）
<input type="checkbox"/> リトルジュニア	台（上限2台）
<input type="checkbox"/> ベビーアン（4体セット）	セット（上限1セット）
<input type="checkbox"/> A E D（実機）	台（上限2台）
<input type="checkbox"/> レサシアンwithQCPR（A E Dデモ機含む）	台（上限3台）
<input type="checkbox"/> レサシアン	台（上限1台）
<input type="checkbox"/> レサシアンシミュレーター-SimPad版	台（上限3台）
<input type="checkbox"/> ハートシム	台（上限2台）
<input type="checkbox"/> 気道管理トレーナー	台（上限2台）
<input type="checkbox"/> その他	

5. 期間

令和 年 月 日 ()	時頃	～	令和 年 月 日 ()	時頃
--------------	----	---	--------------	----

【送付先】

FAX : 088-623-5679

E-mail : yasuda@tokushima.med.or.jp（担当：安田）

(様式2)

平成 年 月 日

一般社団法人徳島県医師会
会長 齋藤義郎 殿

団体所在地

団体名称

代表者名

印

借用依頼書

下記のとおり借用を依頼致します。

なお、万一紛失又は損傷を生じた場合は当方にて責任をもって処理致します。

使用目的 (催事名)		
使用物品	別添のとおり	
使用日	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()	
借用期間	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()	
使用場所		
担当者	所属	
	職・氏名	
	TEL	
備考		

利用物品	
<input type="checkbox"/> リトルアン (A E Dデモ機含む)	台
<input type="checkbox"/> リトルジュニア	台
<input type="checkbox"/> ベビーアン (4体セット)	セット
<input type="checkbox"/> A E D (実機)	台
<input type="checkbox"/> レサシアンwithQCPR (A E Dデモ機含む)	台
<input type="checkbox"/> レサシアン	台
<input type="checkbox"/> レサシアンシミュレーター-SimPad版	台
<input type="checkbox"/> ハートシム	台
<input type="checkbox"/> 気道管理トレーナー	台
<input type="checkbox"/> その他	