

借 用 願

借用品名	数 量	備品番号 (保健所記入)
手洗いチェッカー (スタンド型)		
手洗いチェッカー (ボックス型)		
ローション (初回借用時のみ)		
借用期間	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()	
返却日	令和 年 月 日 ()	
使用目的		
使用場所		
担当者名		
備 考		

上記のとおり使用を申し込みます。

なお、借用品の破損・紛失については一切の責任を負います。

長崎県県央保健所長 様

令和 年 月 日

申請者 (住 所) _____

(機関名) _____

(代表者名) _____

(電話番号) _____

* (貸出確認者) 県央保健所 地域保健課