

川崎市薬剤師会 健康測定器等借用申込書

令和 年 月 日

一般社団法人

川崎市薬剤師会会長 様

申込者 団体名 _____
代表者名 _____
住所 _____

電話番号 _____

一般社団法人川崎市薬剤師会貸出規則を了承の上、借用を申込みます。

1. 借用物品名および使用見込人数

No.	機器名	使用見込人数・場所	優先順位
	骨量測定器		
	脳年齢測定器		
	血管年齢測定器		
	ポディーチェッカー (血管年齢&ストレス測定器)		
	脳活動量測定器		

2. 使用目的 _____

3. 借用期間 令和 年 月 日 () 発送～令和 年 月 日 () 着
※ 実際に催事等で使用する日をお知らせください。 月 日

4. 借用物品送付先

住 所：〒 _____

氏 名： _____
電話番号： _____
FAX： _____

川崎市薬剤師会事務局 FAX：044-233-5456 TEL：044-211-2325
Email：kawayaku@alto.ocn.ne.jp