

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 |
|-----|-------------------------|-----------|------|
| 1   | 骨量測定器                   |           |      |
| 2   | 脳年齢測定器                  |           |      |
| 3   | 血管年齢測定器                 |           |      |
| 4   | ポディーチェッカー<br>(ストレスチェック) |           |      |
| 5   | 脳活動量測定器                 |           |      |
| 6   | 足指力計                    |           |      |

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<br>Email：kawayaku@alto.ocn.ne.jp |
|---|