＜様式２＞

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 | ボディーチェッカー  （ストレスチェック） |  |  |
| ５ | 脳活動量測定器 |  |  |
| ６ | 足指力計 |  |  |
| ７ | 認知機能セルフチェッカー |  |  |

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 |