

健康講座ビデオ借用申込書

講座名 (2本まで)	管理番号	講座名	
団体名			
所在地			
申込者氏名	印	電話番号	
借用予定期間 (14日以内)	年	月	日から
			年
			月
			日まで
受領方法	1.来院 2.訪問	返却方法	1.来院 2.訪問
使用目的			
視聴対象者		予定人数	人
同意確認	<p style="text-align: center;">『貸出に関する注意事項』を確認の上、 <input type="checkbox"/> 同意します</p> <p style="text-align: center;">※同意いただけない場合は貸出できません。</p>		
受渡日	月	日	受領日
			月
			日

※太枠内をご記入ください。

<p>【申込・連絡先】札幌東徳洲会病院 地域広報室 065-0033 札幌市東区北33条東14丁目3-1 Tel: 011-722-1168 (直通) E-mail: kouhou@higashi-tokushukai.or.jp</p>
--