（西暦）　　　　年　　月　　日

**借　用　書**

公益社団法人　兵庫県看護協会　様

下記の物品を「まちの保健室」に使用するため借用いたします。

記

1. 借用物品

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品　名（備品リストに基づき正確に記載してください） | 数　量 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

２．借用期間

　借用開始年月日　　 （西暦）　　　年　　月　　日（　　）

使用年月日　　　　 （西暦）　　　年　　月　　日（　　）午前・午後

　返却年月日（事務局必着）（西暦）　　 年　　月　　日（　　）可能な限り即日返却を！！

☆　物品借用の申込は、送信する前に必ず電話・メールで物品の確認のご連絡をお願いします。

☆　発送日は、原則、使用日の前日の午前中着でお送りをいたします。

☆　拠点以外の活動の物品送料は、原則、主催者のご負担となります。

３．使用場所・使用者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用者 | 支部名（所属支部に○印をつけてください）  阪神南　阪神北　神戸東部　神戸中部　神戸西部　東播　北播　西播　但馬 | | | | |
| 活動種別（該当に○印をつけてください）  拠　点　・　出前隊 | 拠点名（出前隊の場合は、開催場所） | | | |
| 住所　〒 | | | 電話 | |
| 所属（施設名・部署・役職まで 正確に） | | | | |
| 氏名（フルネームで） | | | | |
| ※発送先 | 住所　〒 | | | | 電話 |
| 所属（施設名・部署・役職まで 正確に） | | | | |
| 氏名（フルネームで） | | 主催者による配送費負担  （該当に○印をつけてください）  片道(返送時) ・ 往復 ・ なし | | |

|  |
| --- |
| （協会使用欄） |
| 可・否 |

**※発送先が使用者と異なる場合には、必ず明記してください。**