＜様式２＞

令和　　年　　月　　日

公益社団法人 小田原薬剤師会会長　様

申込者　薬局名

代表者名

住所

電話番号

小田原薬剤師会　健康測定機器貸出申込書

公益社団法人小田原薬剤師会貸出要領を了承の上、貸出しを申込みます。

１．貸出希望機器名及び使用見込人数

|  |  |
| --- | --- |
| 機器名 | 使用見込人数・箇所 |
| 体組成計　In body270 |  |

２．利用目的

３．利用期間　　　　　 　年　 　月　 　日（　　）～　　　　　 年　 　月　 　日（　　）

４．貸出機器送付先（送付希望の場合）

　　　　　住　　所：〒　　　　－

　　　　　氏　　名：

　　　　　電話番号：　　　　　－　　　　　　－

|  |
| --- |
| 小田原薬剤師会事務所　FAX：0465-23-4860　　TEL：0465-23-2658 |