

受付日

一般社団法人 東京都医療社会事業協会パネル・ビブス・ベスト借用届

申込日：平成 年 月 日

申込者	氏名(連絡窓口)		
	所属		
	連絡先(Tel)		
借 用 目 的	開催日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	イベント名 名称は必ずご記入ください。	第 ブロック地域巡回医療福祉相談会(名称: ) 地域医療福祉相談会(名称: )	
	イベント会場		
借用希望内容 希望内容に○印をつけてください。		・協会パネル・協会ビブス 枚(1回10枚まででお願いします) ・協会ベスト 枚(1回10枚まででお願いします) ※協会ベストサイズと在庫枚数：フリー15枚・XL2枚・XXL2枚 ※指定がない場合、フリーサイズをお送りします。	
配送先 (住所・電話番号・施設名)		〒  TEL: ( ) - 宛	
搬 送 方 法	借 用 時	借り受け日時	平成 年 月 日 ( ) 時頃
		借り受け方法	事務所来所 ・ 配送業者利用
		借り受け(業)者名	
	返 却 日	返却日	平成 年 月 日 ( )
		返却方法	事務所来所 ・ 配送業者利用
		返却業者名	
		連絡先(Tel)	
備 考			

※借り受け時間の希望が無い場合は、午前中の配送とさせていただきます。  
(指定可能な時間：午前中・14~16時・16~18時・18~20時・19~21時)

\* FAX送信先(送信票不要)：03-5944-9745 事務局宛