

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 (記入例)

申込日：平成 〇〇年 ××月 △△日

申込者	氏名(連絡窓口)	〇〇 △△△		
	所 属	□□□〇〇〇		
	連絡先(Tel)	×××-△△△△-××××		
借 用 目 的	開催日	平成 〇〇 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	△△△〇〇〇		
借用希望内容 <small>希望内容に○印をつけてください。</small>		<input checked="" type="checkbox"/> 協会パネル ・ <input checked="" type="checkbox"/> 協会ビブス 枚 (1回10枚までをお願いします) <input type="checkbox"/> 協会ベスト 枚 (1回10枚までをお願いします) <small>※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。</small>		
配送先 (住所・電話番号・施設名)		〒 ×××-△△△△ □□□□区△△△△町×× 〇〇-□□ □□□〇〇〇 〇〇 △△△ 宛 TEL: (×××) △△△△ - ××××		
搬 送 方 法	借 用 時	借り受け日時	平成 〇〇 年 △△ 月 ×〇 日 (□) 午前中 時頃	
		借り受け方法	事務所来所 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 配送業者利用	
		借り受け(業)者名	〇〇 △△△	
	返 却 日	返却日	平成 〇〇 年 △△ 月 ×△ 日 (△)	
		返却方法	事務所来所 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 配送業者利用	
		返却業者名		
		連絡先(Tel)		
備 考				

← 注①

← 注②

← 注③

← 注④

※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**

注①…ブロックごとの巡回相談会とそれ以外の相談会を区別して、名称を記入して下さい。

注②…協会パネルと協会ビブス又はベストを希望する場合は、それぞれに○印を付けてください。

注③…借用物の配送先を記入してください。郵便番号も忘れずにご記入ください。

注④…配送業者が不明な場合は、空欄で構いません。