

受付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

一般社団法人 東京都医療ソーシャルワーカー協会	パネル・ビブス借用届
-------------------------	-------------------

申込日: _____ 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		_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	イベント名 名称は必ずご記入ください。		(A)第 _____ ブロック地域巡回医療福祉相談会(名称: _____) (B)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 ・ 看板 ・協会ビブス _____ 枚(1回10枚まででお願いします) ※ビブスサイズと在庫数: XL30枚 ・ XXL10枚
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	_____ 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	_____ 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**