

受付日： _____

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**（記入例）

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:)	注①
	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。		<input checked="" type="checkbox"/> 協会パネル・看板 <input checked="" type="checkbox"/> 協会ビブス XL 枚、XXL 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	注②
配送先 (住所・電話番号・施設名)		〒 ×××-△△△△ □□□□区△△△△町×× ○○-□□ □□□○○○ ○○ △△△ 苑 TEL: (×××) △△△△ - ××××	注③
搬 送 方 法	借 用 時	借り受け日時	○○○○年 △△月 ×○日 (□) 午前中 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	
日	連絡先(Tel)		注④
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**

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。