別紙２（院外施設用）

令和　　年　　月　　日

器　材　借　用　書

申請者　事業所名

管理者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

下記のとおり使用いたしたく，ご承諾をいただけますようお願いいたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 使用目的（開催案内等を添付してください） |  | | |
| 使用場所 | 所在地  名　称 | | |
| 使用人数 | 計　　　　名 | | |
| 借用期間 | 自　令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分  至　令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分 | | |
| 使用する器材の  名称及び数量 | 器材名称 | | 数　量 |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| 使用者記載欄  １　使用目的以外の用途で使用いたしません。  ２　他人に貸与いたしません。  ３　器材の適正な使用方法を事前に良く確認して，  破損等のないように努めます。  ４　返却前に全ての器材に破損がないこと及び滅失  していないことを必ず確認いたします。  　事業所名  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  電話番号 | | 茨城県立中央病院記入欄  返却日時  　　令和　　年　　月　　日  　　午前・午後　　時　　分  返却確認者印　　㊞  特記事項 | |