

平成 年 月 日

保健管理センター所長殿

所属 _____

代表者氏名 _____

連絡先 _____

AED 借用願

標記の件、下記の通り AED の借用をお願いいたします。

記

1. 使用目的： _____

2. 使用場所： _____

3. 対象人数： _____ 名

4. 借用期間： _____ / () ~ _____ / ()

5. 受け取り希望日時： _____ / () _____ :

6. 返却予定日時： _____ / () _____ :

*何かご要望がありましたら、ご記入ください。

<返却時に下記のことをご報告ください>

1. 使用の有無 使用した 使用しなかった
2. 使用した場合、不都合や困ったことがありましたか
不都合があった場合は具体的に教えてください。

[_____]

<注意事項>

1. 借用願いは3日前までに提出して下さい。
2. 使用日時を厳守し、必ず返却して下さい。

返却日 _____ 月 _____ 日

受取者 _____