

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・パーティション借用届

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。		第 ブロック地域巡回医療福祉相談会(名称:) 独自相談会(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。			<ul style="list-style-type: none"> ・協会パネル(85×60センチ)・横看板：(各2種1セット) ・協会ビブス： サイズ 枚 (1回10枚まででお願いします) ※ビブスサイズ・在庫枚数：XL30枚・XXL10枚 ・アクリルパーティション(70×60×20センチ)： 個 (在庫数2個)
配送先 (住所・電話番号・施設名)			〒 TEL: () -
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