

公益社団法人 岡山県診療放射線技師会 様

令和 年 月 日

施設名

会員番号

申請者氏名

印

【サーベイメータ貸出申込書】

1、利用日時	令和 年 月 日から1週間
2、使用責任者	電話番号
3、貸出料請求先	施設名 所属課(等) 電話番号
4、備考 (来所者が会員以外の場合等、詳細をご記入ください)	

以下は、本会で記載します。

貸出承諾

上記の申込みによるサーベイメータの貸出を承認する。 令和 年 月 日 公益社団法人 岡山県診療放射線技師会 印 会 長 高尾 渉

貸出日 令和 年 月 日	返却日 令和 年 月 日
受取者	返却者
貸出者	受取者