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

|  |
| --- |
| 上記の申込みの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　　　　大野　誠一郎 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|  |  |