　　　　年　　月　　日

**おおた健康経営事業所　機器貸出申込書兼受領書**

大田区健康政策部長　様

申込者 【事業所名】

【代表者名】

【担当者名】

【電話番号】

次のとおり機器貸出申込書兼受領書を提出します。使用に際しては、おおた健康経営事業所機器貸出要綱を遵守いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 機器名 | 台数（２台まで） |
| １ | 体組成計 |  |
| ２ | 呼気中一酸化炭素濃度測定器（ピコアドバンススモーカーライザー） |  |
| ３ | 握力計 |  |
| ４ | デジタル長座体前屈計 |  |
| ５ | 足指力計測器 |  |
| ６ | 手洗いチェッカー |  |
| ７ | 心臓マッサージ実習キット |  |

１　貸出を希望する機器とその台数

２　使用内容

（１）借用期間（原則14日以内）

　　　年　　　月　　　日　から　　　　年　　　月　　　日　まで

（２）使用予定日

　　　　　　年　　　月　　　日

（３）利用者数

　　　　　　人

（４）利用内容

（５）返却予定日

　　　年　　　月　　　日

※注意事項

受渡場所は、大田区役所本庁舎（蒲田五丁目13-14）６階健康医療政策課です。

受渡時間は、開庁日の８時30分から17時15分までです。

使用については、おおた健康経営事業所機器貸出要綱を遵守してください。要綱の内容が遵守されない場合は、以後の申請をお受けできなくなります。

借用期間の変更等が生じた場合は、すぐに健康医療政策課へご連絡ください。

機器の動作不良、電池切れ、その他使用に際して気づいたことがあった場合は、返却時に健康医療政策課へご報告ください。

-----以下、区記載欄-----

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 貸出先照合 | 確認 | 返却受付 | 確認 |
| 区担当者名 |  |  |  |  |
| 日にち | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |