様式２

平成　　年　　月　　日

大田圏域健康長寿しまね推進会議会長　様

申請団体・グループ名

申請者住所

申請者・担当者氏名

電話番号　（　　）　　－

健康機器貸し出しの申し込みについて

１．貸し出し機器

機　　器　　名	個　　数

２．貸し出し期間

年　　月　　日　～　　年　　月　　日

３．主な利用目的

注）貸し出し期間は、最長３か月間です。３か月を超えて貸し出しを受けたいときは、再度申請をしてください。