

貸出日	返却日

機 器 利 用 申 込 書

(太枠内は利用者記入)

申 込 者 氏 名 等	部 課 名	0:産業医 3:労務担当者 1:保健師・看護師 4:衛生管理者 2:事業主 5:その他	
	ふりがな		
	氏 名		
事業場又 は団体名	ふりがな		
所 在 地	〒	受 取 方 法	来 所
	TEL		

利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
バーコード	整理番号 例 (01-23)	機 器 名	
	—		
	—		
	—		
	—		
	—		

※[お 申 し 込 み] 必要事項記入の上 FAX か郵送にてお送りください。

※[期間] 期間は原則1週間です。

労働者健康安全機構 愛媛産業保健総合支援センター
〒790-0011 松山市千舟町4-5-4 松山千舟454ビル2F
TEL:089-915-1911 FAX:089-915-1922