

様式 2

令和 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。