機器利用申込書 (FAX用)

事業場名 (団体名)			事務所 記入欄	貸出処理日	年	月	日
				返却処理日	年	月	日
所在地	〒		主 　　な 事業内容				
	TEL.	FAX.	従業員数	名			
担当者	所属 部署			*いずれかに○印をお願いします。 1. 産業医 5. 衛生管理者 2. 保健師・看護師 6. 産業保健関係機関 3. 事業主 7. 一般労働者 4. 労務管理担当者 8. その他			
	氏名						
利用期間	年	月	日	～	年	月	日
			利用者カード番号	お持ちの方はご記入願います。			
種 　　類		整理番号	機器名・メーカー				
機器							
機器							
機器							
貸出は来所のみ取り扱いとなっております。			当機器は事務所で研修用として使い方などを案内しているものであり、精度については保証いたしかねます。				

※貸出（来所）時には、身分証明書の提示をお願いしております。

*貸出期間

機器等・・・・・・・・・・・・・・・・・・1週間以内（延長の場合、お申し出ください）

*利用者の便宜を図るため、利用者登録を行いますので、申込書の記載事項は必ずご記入ください。

*機器に関しては、貸出・返却とも来所においてお願いします。

鳥取産業保健総合支援センター

〒680-0846 鳥取市扇町115番-1 鳥取駅前第一生命ビルディング 6階

TEL. 0857-25-3431 FAX. 0857-25-3432