

## 物品借用予約書

平成 年 月 日

一般社団法人徳島県医師会 救急備品担当者 宛

## 1. 使用者

医療機関名・団体名		
住所		〒
担当者	役職	
	氏名	
	T E L	
	F A X	

## 2. 引取・返却に関する担当者（※上記の担当者と異なる場合は記入して下さい）

所属	
氏名	
T E L	
F A X	

## 3. 使用目的

平成 年 月 日 ( ) の	で使用するため
----------------	---------

## 4. 物品

<input type="checkbox"/> リトルアン（A E Dデモ機含む）	台（上限7台）
<input type="checkbox"/> リトルジュニア	台（上限2台）
<input type="checkbox"/> ベビーアン（4体セット）	セット（上限1セット）
<input type="checkbox"/> A E D（実機）	台（上限5台）
<input type="checkbox"/> レサシアンwithQCPR（A E Dデモ機含む）	台（上限3台）
<input type="checkbox"/> レサシアン	台（上限1台）
<input type="checkbox"/> レサシアンシミュレーター-SImPad版	台（上限3台）
<input type="checkbox"/> ハートシム	台（上限2台）
<input type="checkbox"/> 気道管理トレーナー	台（上限2台）
<input type="checkbox"/> その他	

## 5. 期間

平成 年 月 日 ( )	時頃	～	平成 年 月 日 ( )	時頃
--------------	----	---	--------------	----

## 【送付先】

FAX : 088-623-5679

E-mail : yasuda@tokushima.med.or.jp（担当：安田）