

DVD借用申込書

宗像医師会在宅医療連携拠点事業室 御中

申込日 年 月 日

申込者氏名 _____

事業所名 _____

電話番号 _____

下記のとおり借用を申し込みます。

貸出DVD (レ点)	<input type="checkbox"/> 口は体の入り口 (宗像歯科医師会) <input type="checkbox"/> 薬剤師の在宅業務 (宗像薬剤師会) <input type="checkbox"/> 人生会議、はじめよう (宗像医師会むーみんなネット)
借用希望日	年 月 日 郵送 ・ 来所
返却予定日	年 月 日 郵送 ・ 来所
使用目的	

※窓口の受付時間は 平日 8:30~17:00 です。(土日祝を除く)

※返却欄 (事務局記入)

返却日	令和 年 月 日
受付者	

<問い合わせ先>

宗像医師会在宅医療連携拠点事業室 (むーみんなネット)

TEL : 0940-37-5020 / FAX : 0940-37-5021