

応急用備品貸出申請書

藤田医科大学病院長 様

申込者 団体名 _____
住所 _____
電話 _____
担当者 _____ 印

下記の事項を理解し承諾しましたので、応急用備品の貸し出しについて、許可願います。

期間	年 月 日 () ~		年 月 日 ()		※原則 3 日以内
場所	施設名 :		場 所 :		
目的	(具体的にご記入ください)				
借用備品名 (該当する番号 に○をお付け ください)	1	簡易ベッド ___ 台	2	バルーン投光器 ___ 台	
	3	レスキューカー ___ 台	4	発電機 YAMAHA ・ HONDA ___ 台	
	5	通信設備 MCA 無線 ___ 台 衛星電話 () ___ 台 トランシーバー ___ 台			
	7	テント	8	防護服 ___ 着	
	9	その他 物品名 : 個 数 :			

■申請方法

- ・ 申込書の受付、ならびに備品の貸出・返却時間は、
月～金 8:45～17:00 土 8:45～12:30 の間です。ただし、当院休診日を除きます。
- ・ 予約の受付は、使用日の 6 ヶ月前から使用日の 1 週間前までです。
- ・ 貸出期間は、原則として 3 日間以内です。

■注意事項

- ・ 目的以外には使用しないでください。また、使用後は速やかに返却してください。
- ・ 備品を汚損、破損、紛失した場合は、すみやかに当院まで報告するものとし、またその修繕等にかかる費用の実費を利用者にてご負担いただきます。

※上記の事項に違反した場合は、今後の使用を許可しないことがあります

※申込時にお聞きした個人情報、本事業の運営管理のみに利用させていただきます。

<連絡先：藤田医科大学病院 総務室総務課 防災担当 0562-93-2905>

※以下は、藤田医科大学病院側にて記載致します。

貸出日 年 月 日 (担当印)

■担当者は、コピーを申込者へ渡すこと

返却日 年 月 日 (担当印)