

堺市保健所保健医療薬務課 薬務第二係 行
 (メール hoi@city.sakai.lg.jp / FAX 072-222-1406)

啓発パネル貸出申込書

申込年月日： 年 月 日

堺市長様

【① 申込者】			
氏名			
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			
【② 希望パネル】 パネル番号 (Y-O) をご記入ください。			
【③ 貸出期間】 貸出期間は、おおむね10日以内を目安にご記入下さい。			
貸出希望日：	年	月	日
～ 返却予定日：	年	月	日
【④ 使用について】			
使用年月日	年	月	日
使用目的			
その他 (使用場所など)			
学校のお薬教室等でご使用の場合は、以下についてもご記入下さい。			
対象学年と人数	対象学年：	人数：	
担当講師			

【※当課記入欄】	
No.	受取希望日： 月 日 受取確認： 月 日 (受取者：) 返却確認： 月 日 (返却者：)

(注意) パネルの貸出しについては、原則、保健医療薬務課窓口(堺市堺区南瓦町 3-1 平日 9:00~17:15 (祝祭日を除く))でのお渡しになります。時間内に都合のつかない場合は必ず連絡いただきますようお願いいたします。

【問合せ先】 保健医療薬務課 堺市堺区南瓦町 3-1 TEL 072-228-7582