貸出希望期間

令和　　年　　月　　日から　　月　　日まで

希望DVDタイトル名

1.
2.

申し込み事業所名

申し込み責任者及び連絡先

責任者　　　　　　　　　　電話

お願い：〇　視聴はDVD再生機能付きのPCで行ってください。

〇　返却は、聖ヶ丘病院受付または市役所高齢者福祉係までお願いいたします。

お申込みFAX番号：　0142-22-1260

お問い合わせ：２１－５３０９

　　　　　　　伊達市在宅医療・介護連携支援センター（聖ヶ丘病院７F）

受付日　　月　　日　　返却日　　月　　日