

研修用 DVD 貸出申込書

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：○ 視聴は DVD 再生機能付きの PC で行ってください。

○ 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