

物 品 借 用 書

令和 年 月 日

足柄上地区在宅医療・介護連携支援センター長

施設名（事業所名 ）

担当者名

電話番号

以下のものを借用いたします。

物品名	借用期間
手洗いチェッカー	年 月 日～ 年 月 日

- 返却時には、アルコールを用いて拭き取ってください。
- 紛失、盗難等により返却できない場合は、速やかにご連絡ください。
同種、同等の物を返却していただくことがあります。