

# 図書・機器貸出申込書

※申込みの都度提出

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

利用者番号
-------

フリガナ		利用形態	<input type="checkbox"/> 個人
申込者氏名		性別	男・女
事業場名		事業内容	
		労働者数	約 名
所属部署		職名	
住所	〒 (自宅・勤務先)		
電話番号	— —	FAX番号	— —
E-mail			
メールレターの登録	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 登録済み ※研修案内等を無料で配信いたします。		

申込者の職種	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 産業看護職（保健師を含む） <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 人事労務担当者 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 安全衛生担当者 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
使用目的	<input type="checkbox"/> 社内教育（管理者・一般） <input type="checkbox"/> 安全衛生委員会 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
貸出方法	<input type="checkbox"/> 当センターへ来所 <input type="checkbox"/> 宅配便着払い ※機器の貸出は来所での引き渡しのみです		
貸出期間	開始： 年 月 日	※ 宅配便着払いでの貸し出し希望の際の注意 ⇒ 到着希望日。この日付の午前中指定で発送します。	
貸出期間は7日間以内	返却： 年 月 日	⇒ センター到着日。この日までに到着するように発送ください。	

	種別	区分	番号	タイトル
1	図書・機器			
2	図書・機器			
3	図書・機器			
4	図書・機器			
5	図書・機器			

※この用紙に記載された方の個人情報、貸出、メールレターの配信以外には使用いたしません。

センター 記入欄	貸出時	来所・宅配	令和 年 月 日	担当者
		本人確認	運転免許証・その他（ ）	
	返却時	来所・宅配	令和 年 月 日	担当者
		備考		

(独)労働者健康安全機構 鹿児島産業保健総合支援センター  
〒890-0052 鹿児島市上之園町25-1 中央ビル4階  
TEL 099-252-8002 FAX 099-252-8003