備　品　申　込　書

年　　　月　　　日

**FAX送信先：082-254-1168**

広島県健康福祉センター指定管理者　宛

団体名：　　　　広島県地域保健医療推進機構

担当者：　　　　　健　　福　　花　　子

電話番号：　　　082-＊＊＊-＊＊＊

利用する年月日を記入し、利用する会場・時間に✓してください。

**利　用　日：**　　　　20XX　年　　〇 　月　　△ 　日（　☆　）

✔

**会　　　場：** □801大研修室 　 □802中研修室

✔

□701小研修室 　 □702小会議室 　 □703中会議室

✔

□301 栄養実習室 　 □210 総合研修室

✔

**時 　　間：** □午前　 □午後 　□終日

使用する備品に✔してください。※各種設備・備品についてはお客様ご自身でのセッティングをお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| ✔ | プロジェクター　（ディスプレイケーブル） |
| ✔ | 延長コード |
|  | LANケーブル |
|  | レーザーポインタ |
|  | ピンマイク |
|  | パソコン用スピーカー(小研修室・小会議室用) |
|  |  |
|  |  |

ご不明な点がございましたら電話にてお問い合わせください。

Tel：080-1644-5508

広島県健康福祉センター指定管理者使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸出時　サイン | 貸出日/確認者 | 返却日/確認者 |
|  |  |  |