

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： 公財)広島県地域保健医療推進機構

担当者： 健 福 花 子

電話番号： 0 8 2 - 2 5 4 - 7 1 1 1

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： 2 0 X X 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。

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

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
	/	/