

# 図書等貸出申込票

受付：      年      月      日

フリガナ				利用者 No.			
氏名				23-			
				本人確認番号			
貸出方法	来所（予約）			宅配（着払）			
				TEL			
貸出期間	平成      年      月      日      ~      平成      年      月      日						
		<small>宅配の場合      （センター発送日）</small>		<small>（センター到着日）</small>			
送付先住所 <small>（宅配希望のみ）</small>	〒      -      -      -			受取人氏名：			

上覧内に記入ください。記入事項に不備の場合、受付できない場合がございますので、予め承願います。

No.	種 別 <small>（○で囲み下さい）</small>	番 号	図書名・機器名
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		
6	図書・機器		
7	図書・機器		
8	図書・機器		
9	図書・機器		
10	図書・機器		

- ◆ ご利用にあたり、
1. 来所される方は利用者カードを提示してください。
  2. 図書は各5点まで2週間以内、研修・測定用機器は3点まで1週間以内で、貸出しは無料です。なお、破損・紛失・盗難等については、登録いただいた利用者の弁済となります。
  3. 宅配での貸出・返却にかかる送料は、利用者負担となります（センター発送日を貸出日、返却到着日を返却日とします）。なお、研修・測定用機器は宅配での貸出は行っておりません。
  4. 郵送・FAXにて貸出申し込みの場合は、必ず本人確認番号を記入し、利用者カード（写し）を添付してください。

**独立行政法人 労働者健康福祉機構**

**愛知産業保健推進センター**

〒 460-0004

名古屋市中区栄新栄町 2 丁目 13 番地 栄第一生命ビル 9 階

TEL : 052-950-5375      FAX : 052-950-5377

URL <http://sanpo23.jp/>      E-Mail [info@sanpo23.jp](mailto:info@sanpo23.jp)

※ センター使用欄

確認者	登録者	受付者
登録日	年      月      日	