

FAX 03-5222-6700

乳房触診モデル貸出申請書

公益財団法人 日本対がん協会 殿

団体名 _____

担当者名 _____ 印

乳房触診モデルの貸出を申請いたします。

貸出予定日 年 月 日から

返却予定日 年 月 日まで

台数 1 台

貸出先住所

〒

TEL

Fax

利用法

※送料は宅急便着払いとなります