

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

・ お手入れ用ベビーパウダー 必要 不要 (ご記入のない場合は同梱いたしません)

・ 乳がんのセルフチェックのリーフレット 30 枚 必要 不要 (枚数は増やせません)

・ 貸出先住所

〒

・ TEL

・ Fax

・ 利用法

※送料は宅急便着払いとなります