

ビデオテープ貸出申請書

スズキ健康保険組合理事長 殿

事業所 _____

所 属 _____

氏 名 _____ ㊞

TEL () -

借用希望日 (利用日)		平成 年 月 日						
返 却 日		平成 年 月 日						
利 用 目 的 〔 該当する項目 に○をつけて ください。 〕		1. 講演会で使用する。						
		2. QCで使用する。						
		3. 自分又は家族の健康管理に役立てる。						
		4. その他 ()						
テープ No.		題 名						
テープ No.		題 名						
テープ No.		題 名						
テープ No.		題 名						
テープ No.		題 名						
連 絡 事 項								
遵 守 事 項 〔 申請者は次の 事を守って ください。 〕		1. 申込書は必ずテープを利用される一週間前までに提出してください。						
		2. 貸出日数は、原則として一週間とします。						
		3. 取り扱いについては、丁寧をお願いします。						
		4. ビデオテープ使用後は、テープを巻き戻してください。						
		5. ビデオテープを損傷又は紛失した場合は、すぐに申し出てください。						
健 保 記 入 欄	受 付 印	担 当	検 印		社内メール	郵 送	宅 配 便	そ の 他
				①発送日				
				②返却日				

申請者 →→→ 事業所 (総務責任者) →→→ スズキ健康保険組合