

A C L S 訓練用人形使用申込書

令和 年 月 日

鳥取県医師会長 殿

住 所

団体名

代表者

印

電 話 ()

下記のとおり訓練用人形の使用を申し込みます。

記

使用期間	令和 年 月 日 () から 令和 年 月 日 () まで
使用目的 (講習会の名称等)	
使用場所 及び参集人数	約 人
連絡責任者	職氏名 TEL
返却予定日	令和 年 月 日 ()
備 考	

※ 貸出の際に人形ケースの鍵をお渡ししますので失くさないようにして下さい。

医師会記入欄

貸 出 日		返 却 日	
-------	--	-------	--