



マタニティ白衣レンタル申込書

マタニティ白衣のレンタルを申しいただきありがとうございます。
必要事項をご記入のうえ、メール又は FAX にてご提出ください。



申込日	平成 年 月 日
ご利用者氏名	フリガナ
勤務先	
診療科	
連絡先	TEL:
	e-mail:
産休取得中の 連絡先	TEL:
送付先住所	〒
利用予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
利用サイズ	S ・ M
備考欄	

【返却期間】 利用期間終了後、2週間以内

【返却方法】 クリーニングを済ませた白衣を窓口に直接お持ちいただくか、郵送でご返却下さい。
返却時の送料はご負担ください。

※ご利用にあたって

マタニティ白衣は補助事業費で購入したものですので、紛失のないようお願いいたします。

マタニティ白衣貸し出し窓口

浜松医科大学女性医師支援センター

〒431-3192 浜松市東区半田山 1-20-1

TEL/FAX 053-435-2380 E-mail:shusanki@hama-med.ac.jp

