**差込ベスト借用依頼書**

年　　月　　日

千葉市地域包括ケア推進課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

差込ベスト（Fサイズ 蛍光オレンジ　　枚・Oサイズ ブルー　　枚）を

借用願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 記　入　欄 |
| 使用目的 |  |
| 使 用 日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 貸出期間 | 　　　　年　　　　月　　　　日　から年　　　　月　　　　日　まで |
| 受 取 者 |  |
| 返 却 者 |  |
| 備　　考 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域包括ケア推進課記入 | 受取日： | 対応者： |