（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| 塩釜保健所岩沼支所疾病対策班　宛Mail：inhwfsi@pref.miyagi.lg.jpFAX：0223-24-3525TEL：0223-23-1512 | **【件名】**手洗いチェッカー使用申請書の提出について（添書不要） |

**手洗いチェッカー使用申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 令和　　　年　　月　　日 |
| 団体名 |  |
| 団体所在地 |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 貸出希望期間 | 令和　　年　　月　　日（　　）から　令和　　年　　月　　日（　　）まで　　※原則３日間 |
| 返却予定日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 利用目的 | 利用日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 利用場所 |  |
| 利用予定人数 |  |
| 対象者 |  |
| 内容 |  |

本申請書をFAX又はメールでご提出後、ご連絡願います。（TEL：0223-23-1512）

（以下、保健所記入）

①申請書受理日：令和　　年　　月　　日（担当者：　　　　　　　　　　）

②貸出可否　　可　・　否（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）