

# 健康機器等借受申込書

年 月 日

手稲区健康・子ども課長 あて

申請者 (名称) \_\_\_\_\_  
(代表者) \_\_\_\_\_  
(連絡先) TEL: \_\_\_\_\_

下記のとおり、健康機器等の貸し出しを申し込みます。

## 記

|                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| 健康機器等の名称<br>(使用希望数)           | <input type="checkbox"/> ノルディックポール<br><input type="checkbox"/> ボッチャ<br><input type="checkbox"/> 足指力計 | <input type="checkbox"/> 体組成測定器<br><input type="checkbox"/> 握力計 |
| 使用日<br>(貸出期間)                 | 実際の使用日: 年 月 日 ( )<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日)  |   |
| 使用目的<br>(事業名、事業内容など記載してください。) | _____<br>_____   |   |
| 使用予定人数                        | _____人   |   |
| 使用責任者氏名                       | _____<br>TEL: _____  |   |

【貸出条件】 以下について、遵守ください。

- 貸出物件は、安全管理に十分注意すること。
- 貸出物件は、申請者または責任者が運搬すること。
- 使用時は、測定結果を相談する関係職種等が同席すること。
- 貸出物件は、営利目的として使用しないこと。
- 貸出物件は、転貸しないこと。
- 貸出物件を紛失又は破損した場合は、申請者が補修又は弁償をすること。

連絡先：〒006-8612 札幌市手稲区前田1条11丁目  
札幌市手稲区健康・子ども課地域保健係  
電話：011-681-1211