顕微鏡借用申請書兼許可書

令和 　　　年　　　月　　　日

公益社団法人 愛知県臨床検査技師会

　会長 中　根　生　弥 様

申請者　 　　　　　　　　　　　印

 所 属

下記の目的につき、貴会所有の顕微鏡の借用を申請いたします。

|  |
| --- |
| 使用責任者名　　 　　　 　　　　　　　　　 　　 印 |
| 所属施設又は団体名 |
| 同 所在地及び連絡先 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　）　　　　- |
| 使用目的・使用台数　 |
| 使用期間（貸出日～返却日）令和 　　　年　　　月　　　日　～ 令和　　　年　　　月　　　日　まで 　　 　日間 |
| 上記、借用申請のあった本会所有顕微鏡の使用を許可いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 　　 年 　　 月 　　 日公益社団法人 愛知県臨床検査技師会　会　長 中　根　生　弥 　（公印略） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会長 | 担当副会長 | 庶務部長 | 事務所 |
|  |  |  |  |