FAX送信票

（図書ドライブスルー貸し出し申込書）

**申込先　　　FAX：０８８－６３２－１０８４**

**宛先　　公益社団法人徳島県看護協会　教育研修担当**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 徳島県看護協会会員番号 | |
| 連絡先（tel） | （必ず連絡の取れる番号） | | | | |
| 所属  病院名等 |  | | | | |
| 貸し出し希望日時  (平日  10:00～15:00) | 前週までに申し込みしてください  　　　　　　月　　　　日（　　　　）　　　　時　　　　分 | | | | |
| 車種 |  | 車の色 | |  |
| 貸し出し希望図書  （本3冊、DVD3冊） | 図書 |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| DVD |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 返却希望方法  （　）に〇を入れる | （　　　　）ブックポストに返却（一階　自動販売機横DVD不可）  返却日　　　　　　　　月　　　　日　　　　時 | | | | |
| （　　　　）ドライブスルー返却（平日10:00～15:00）  返却日　　　　　　　　月　　　　日　　　　時 | | | | |