

器具使用願

年 月 日

聖隷クリストファー大学介護福祉専門学校長 様

団体名

責任者

学籍番号

氏 名

顧 問

印

下記により器具を使用したいので御許可願います。
なお、使用にあたりましては滅失毀損のないよう十分注意いたしますことはもちろん、万一損傷の場合は弁償いたします。

記

1. 器具の名称	
2. 使用目的	
3. 使用期間	年 月 日 () 午前・午後 時 分から 年 月 日 () 午前・午後 時 分まで
4. 参加予定人員	名
5. 備 考	

総務部長	学生サービス センター長	受 付
/	/	/