下記事項をご記入の上、このままFAX：043-224-8210に送付してください。（送付票不要）

千葉県健康福祉部医療整備課　地域医療構想推進室　行

年　　　月　　　日

終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラム（DVD）

貸出申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者 | 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| 区分 | 個人　・　団体（どちらかに○を付けてください。）  団体名： |

|  |  |
| --- | --- |
| 貸出希望日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 貸出方法  （どちらかに○を付けてください。） | 来庁により手渡し　・　宅配便（着払いになります。） |

|  |  |
| --- | --- |
| 使用目的 |  |

**申込書を送付する前に、必ず電話で予約をしてください。**

**千葉県健康福祉部医療整備課　地域医療構想推進室**

**（千葉県庁　本庁舎１３階）**

申込番号

記入しないでください。

**電話：０４３－２２３－２６０８**