

マタニティ白衣等レンタル申込書

(フリガナ) 氏名	
診療科・職名	
利用予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
産前休暇期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
返却予定日	令和 年 月 日
利用する サイズ・数量	1. 白 衣 M・L サイズ () 着
	2. スクラブ+ズボン S・M・L サイズ () セット
	3. スクラブのみ S・M・L サイズ () 着
	4. ズボンのみ S・M・L サイズ () 着
勤務期間中の 本人連絡先	電話番号：
	メールアドレス：
医局の連絡先	担当者名： 内線番号：
	メールアドレス：
備考	

マタニティ白衣等の貸出を受けるにあたって、次の事項を遵守します。

- ・ 申込者自身がブラッシュアップセンターへ出向いて受け取ること。
- ・ リネン室（クリーニング）へ提出する際、その数量を毎回ブラッシュアップセンターへ必ず報告すること。
- ・ マタニティ白衣等を著しく汚損、破損または紛失した場合、速やかに担当に連絡し、その指示を受けること。利用者の責に帰すべき場合、利用者がその賠償の責を負うことがあること。

令和 年 月 日 氏名 _____