

## COPD対策事業にかかるスパイロシフト貸出申込書

申込日：平成 年 月 日

奈良県健康福祉部  
健康づくり推進課 御中

住所  
市町村名  
職・氏名

下記のとおり、貴所属所有のスパイロシフトの貸出を申し込みます。

### 記

1. 貸出物品      スパイロシフト S P 3 7 0 COPD 肺 PER (型式：SP370Hyper)    1台
2. 貸出日      平成 年 月 日 ( 曜日)
3. 返却予定日    平成 年 月 日 ( 曜日)
4. 使用目的
5. 担当者      氏名：  
                  電話番号：  
                  FAX/Email：