マタニティ白衣貸出　利用申込書

マタニティ白衣貸出しのお申し込みを頂きましてありがとうございます。

必要事項をご記入のうえ、学内便、メールまたはFAXにてご提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 |  |
| ふりがな氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | ＊産休取得後も連絡が取れる電話番号をご記入ください |
| メールアドレス |  |
| 出産予定日 | 　　　年　　　月　　　　日予定 |
| 利用予定期間 | 　　　年　　　月　　　　日　　～　　年　　　月　　　　日まで　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（＊返却予定日となります） |
| 勤務先診療科名 |  |
| 希望サイズ | 白　　衣：　　　Sサイズ　　・　　Mサイズ　スクラブ：　　　Mサイズ　　・　　Lサイズ |

＊ご利用期間終了後はクリーニングをしてご返却をお願いいたします

＊ご利用期間終了後は2週間以内に貸出し窓妻でお持ちいただくか、下記までお送りください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（送料はご負担下さい）

＊また、貸出期間を延長される場合は、お早めに貸出窓口までご連絡ください。

|  |
| --- |
| 【連絡先・貸出窓口】〒879-5593　大分県由布市医大ヶ丘1丁目1番地　大分大学医医学部附属病院　女性医療人キャリア支援センターTel：097-586-5715　Fax:097-586-62　Mail:carsupport@oita-u.ac.jp |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |