

マタニティ白衣 レンタル ご利用申込書

| | |
|---------------------|--|
| 申込年月日 | 年 月 日 |
| フリガナ | |
| ご氏名 | |
| ご住所 | 〒 — |
| 電話番号 (携帯又はご自宅) | |
| メールアドレス | |
| ご利用予定期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 ※返却予定日となります |
| ご出産予定日 | 年 月 日 |
| ご勤務先 | (勤務先) (所属科) (内線番号) |
| ご希望サイズ (2枚セットです) | Sサイズ ・ Mサイズ 長袖 枚 半袖 枚 |

マタニティ白衣レンタルのご利用期間終了後は、1週間以内にきらめきプロジェクト事務局までお持ちいただくか、お送りください。(送料は自己負担)

レンタル期間の延長がある場合は、お早めにご連絡ください。

【連絡先】九州大学病院臨床教育研修センターきらめきプロジェクト事務局

〒812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1 TEL/FAX 092-642-5203

MAIL kirameki@jimu.kyushu-u.ac.jp