

平成 年 月 日

DVD 借用申込書

公益財団法人やまぐち移植医療推進財団あて

普及啓発DVD「ヒ・カ・リ」について、下記のとおりDVDの借用を申し込みます。

会社名／団体名	_____
担当者所属部署	_____
フリガナ	_____
担当者氏名	_____
団体所在地	〒 _____
電話番号	_____
FAX番号	_____
メールアドレス	_____

借用期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (貸出期間は原則30日以内です)
利用目的 (タイトル)	
上映場所 (予定)	
上映日時 (予定)	
鑑賞者数 (予定)	

(公財) やまぐち移植医療推進財団 あてにFAX又は郵送でお送りください。

〒753-8501 山口市滝町1-1 山口県庁医療政策課内 TEL083-932-0743

FAX 083-933-2829

※貸出が承認された場合は借用期日までに発送します。