様式

DVD・ビデオ借用申込書

八王子市保健所長　殿

住所

氏名

電話

　　　　　　　　　　団体名(学校・施設・会社等)

下記のとおり借用いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 題名・数量 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(合計数量　　　本) |
| 使用目的 |  |
| 使用場所 |  |
| 使用期間 | 令和　年　月　日から令和　年　月　日まで | 返却予定日 | 返却日 |
|  |  |

利用方法　受付時間　開庁日の時間内

　　　　　貸出期間　原則として７日

　　　　　貸出本数　必要数

　　　　　費用　　　無料

　　　　　その他　　予約は要りませんが予め電話してください。

　　　　　　　　　　ビデオは必ず巻き戻して返却してください。

　　　　　　　　　　転貸しないでください。