在宅難病患者等療養生活用機器　借用書

年　　月　　日

（様式５）

長野県難病相談支援センター長　様

　　　 （借受人）

所在地

名　称

代表者

電　話

担当者（連絡先）

下記のとおり在宅難病患者等療養生活用機器を借用しました。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機器 | 名称 | 数量 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 貸出期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | |
| 貸付条件 | (１)　借り受けた物品は、転貸しないこと。  (２)　借り受けた物品は、貸付けの目的以外の目的に使用しないこと。  (３)　借り受けた物品は、貸付期間満了の日までに指定された場所に返納すること。 | |