緩和ケアDVD使用申請書

滋賀県がん患者団体連絡協議会

会長　菊井津多子殿

下記の通り、使用を申請します

申請日： 　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 病院・団体名 |  |
| 所属 |  |
| 氏名（担当者） |  |
| 住所（送付先） |  |
| TEL |  |
| E-mail |  |
| 使用期間 | 　　　　年　　月　 日 ～ 　　　年　　月　　日 |
| 使用場所 |  |
| 使用目的 |  |

【注意事項】

１．使用期間は最大で1か月を限度とし、使用後は速やかにご返送ください

２．DVDの複製（ダビング）・配布等は固くご遠慮ください