

兵庫県保健医療部健康増進課 行
(FAX 078-362-3913)

フレイル予防 DVD 貸出申込み書

(団体名)

(代表者氏名)

DVD の名称	1 フレイル予防プログラム(ちょこっと編)栄養とお口クイズ 2 シニアはメタボよりフレイル予防 *貸出を希望する DVD の番号に○をつけてください。
使用目的	
使用日時	日 時 令和 年 月 日 () 時 間 時 分 ~ 時 分 場 所
貸出希望期間	貸 出 令和 年 月 日 () 返 却 令和 年 月 日 ()
連絡先	担 当 者 電 話 番 号
備考	

(以下記入不要)

DVD 番号		対応者
貸出対応	令和 年 月 日 () 郵送 ・ 手渡し	
返却確認	令和 年 月 日 ()	