

小樽健康づくりウォーキング推進事業ポール借用書

平成 年 月 日

小樽市長 様

申込者

住所

電話番号

下記のとおり活動をするに当たり、ポールの借用をお願いします。

借用期間	平成 年 月 日 () 時 分 ～平成 年 月 日 () 時 分
借用目的	
借用セット	セット
使用責任者 申込者と同一の 場合は記載不要	

* 借用期間は、原則1か月間ですので、厳守願います。

* ポールやキャップの破損、紛失などは利用者の自己負担で弁償願います。

【保健所処理欄】

保健所受付月日 受付者氏名	平成 年 月 日 氏名	返却月日 確認者氏名	平成 年 月 日 氏名
貸出しポールNo.		返却ポールNo.	

ウォーキングサポーターへの貸出し 一般への貸出し