

神奈川県生協連「健康チェック事務局」行き

E-mail checkdekenkou@coopkana.jp

健康チェック申込 受付控え 報告書

生協名	申込者名	連絡先電話番号

希望する健康チェックに○をつけてください。

血管年齢計	血圧計	骨ウェーブ	体組成計	のぼり
				

※のぼりのポールはご用意ください。

利用日	月 日() ~ 月 日() 日間		
納品希望日	月 日() 納品希望日の午前中に届きます。		
返却日	月 日() 返却日前日の16時迄に集荷依頼をしてください。 土・日・祝日は返却できません。		
使用目的	イベント名		
	開催時間	時 分 ~ 時 分	
お届け先	〒		
	担当者名	電話番号	

県連記入欄

申込受付	

返却時報告書 ※報告書はどちらかの健康チェック器具の箱に入れてください。

ご返却の際は、器具を元通りの状態に箱へ納め、参加人数をご報告ください。

- マニュアル通りコンセントを抜く前に、電源スイッチoffを押した。
- 各器具専用の箱に、元通りに納めた。
- 器具を落とす、ぶつける等のトラブルはなかった。

上記3点について、レが入らない場合はご連絡をお願いいたします。

今回の健康チェック利用人数は、 _____ 人です。(正確な人数が分からない場合はおおよそで結構です)