

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	ベジミル
				
重さ5.5kg	重さ5.5kg	重さ7.0kg	重さ13.5kg	重さ6.5kg

【その他貸し出し品】 空きがあるか確認の上お申し込みください。

<input type="checkbox"/>	のぼり旗「健康チェック中！」（ポールはご用意ください）		
<input type="checkbox"/>	握力計	※ 記録用紙が必要な場合の枚数	枚
<input type="checkbox"/>	2ステップテスト用マット	※ 記録用紙が必要な場合の枚数	枚

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(県連着)	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。

<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 各器具専用の箱に、元通りに納めた。</p> <p><input type="checkbox"/> 器具を落とす、ぶつける等のトラブルはなかった。</p> <p>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。</p> <p>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）</p>
--