

マタニティー白衣貸出 利用申込書

マタニティー白衣貸出のお申込みを頂きまして有難うございます。
 必要事項をご記入のうえ、メールまたは FAX にてご提出下さい。

申 込 年 月 日	平成 年 月 日
ふりがな 氏 名	
住 所	〒
電 話 番 号	*産休取得中も連絡が取れる電話番号をご記入下さい。
メールアドレス	
出 産 予 定 日	平成 年 月 日 予定
利 用 予 定 期 間	平成 年 月 日～平成 年 月 日まで (*返却予定日となります。)
勤 務 先	(勤務先名) (診療科)
希 望 サ イ ズ	S サイズ ・ M サイズ
受取方法の希望	1、貸出窓口で直接受け取る ・ 2、自宅で受け取る
当センターからの各種セミナー・求人情報等のご案内	希望する ・ 希望しない

※ご利用期間終了後は 2 週間以内に貸出窓口までお持ち頂くか、下記までお送り下さい。(送料はご負担下さい)

※また、出産が延びた場合は、お早目に貸出窓口へご連絡下さい。

【連絡先・貸出窓口】

〒860-8556 熊本県熊本市中央区本荘 1-1-1 熊本大学医学部附属病院

熊本県地域医療支援機構 熊本県女性医師キャリア支援センター

TEL 096-373-5795 FAX 096-373-5796 ✉ k-joseiishi@kumamoto-u.ac.jp

センター長	副センター長	専任医師	担当者

白衣 No.	貸出・発送日