別紙様式1（第7条関係）　　　　　　　　　　

マタニティ白衣・スクラブパンツ貸出　利用申込書

　マタニティ白衣・スクラブパンツ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 | 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 | 年　　　　月　　　　日　予定 | |
| 利用予定期間 | 年　　　月　　　日　**～**　 　　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  （白衣のみ・パンツのみも可） | 白衣　　　　　　　Sサイズ　　・　　Mサイズ | |
| パンツ　　　　　　Ｍサイズ　のみ | |
| 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　熊本県女性医師キャリア支援センター

熊本県地域医療支援機構（熊本大学病院地域医療支援センター内）

℡　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 |
|  |  |  |  |  |  |  |