

様式 1

衛生管理支援検査機器借用申込書

年 月 日

公益財団法人石川県学校給食会 あて

借用申請者	学校等名	
	電話番号	
	代表者氏名	印
	担当者氏名	

下記のとおり検査機器の借用を申請します。

		希望台数
	1 ATP拭取り検査器	台
	2 スタンド型手洗いチェッカー	台
	3 ブラックライトLED	台
	4 糖度計	台
	5 塩分計	台
	6 そしゃく計(かみかみセンサー)	S サイズ
M サイズ		台
利用の目的		
借用期間	年 月 日から 年 月 日まで	
返却期日	年 月 日(予定)	
備考		

※希望する検査機器名に○印をつけてください。

※貸出期間は原則として2週間以内とします。