

ノルディック・ウォークポール貸出申込書

受付No.

	申込日	年	月	日
氏名 (団体名)		年齢 (団体の場合は 主な年代)		
住所	浜松市 区			
電話番号				
貸出期間	貸出日	年	月	日()
	返却日時 返却窓口	年	月	日()
		課へ		時ころ
貸出希望 組数	組			

【貸出に関するお願い】

- 貸出 1 週間前までに健康増進課へ電話し、予約を済ませてください。
- 貸出したポールを故障・破損などにより使用不可能にした場合には、責任をもって修理、復元をお願いいたします。
- 貸出は**最長 14 日間**ですが、ポールは数に限りがあるため、日時によっては、ご希望に添えない場合があります。
- 貸出したポール使用に係る事故やケガ等について、市は責任を負いません。
- 申込書における個人情報については、ポール貸出のみ利用させていただきます。それ以外の目的では利用いたしません。

【貸出に関するお問い合わせ・貸出予約先】

浜松市健康増進課 健康推進グループ

TEL : 053-453-6125

下記は担当課が記入します。 ポール貸出時に申込書のコピーをお渡しします。

	<input type="checkbox"/> 増進 <input type="checkbox"/> 浜名 <input type="checkbox"/> 浜名(北) <input type="checkbox"/> 天竜		
対応窓口	貸出受付者:	受付簿入力 <input type="checkbox"/>	
	返却確認者:	受付簿入力 <input type="checkbox"/>	
貸出 ポール ナンバー		DVD 貸出	有・無