

平成 年 月 日

三重県市町村職員共済組合 保険課 様

所属所 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

健康ビデオテープの利用について、下記のとおり申し込みます。

記

<申込者>

所属部課 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

<借用希望ビデオ>

No.	タイトル

<借用事由>

\_\_\_\_\_

<借用予定期間>

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

<返却予定年月日>

平成 年 月 日

(注) 万一、貸出しビデオを紛失、破損された場合は、当該ビデオテープの購入代金実費を負担していただきます。

ビデオテープの貸出しは、原則2週間以内とします。