

申請日 年 月 日

学校環境測定機器利用計画表

(別紙様式2)

岩手県学校薬剤師会

申請者名	
申請者所在地	
連絡先	
申込測定機器	
使用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

日時	学校名	学校薬剤師
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		

※持ち運びは、配送された状態で行うようにご注意ください。

岩手県薬剤師会事務局 FAX:019-653-2273