

# 検査器具借用申込書

## (ATPふき取り検査・手洗いチェッカー)

令和 年 月 日

(公財) 山口県学校給食会会長 殿

借用申込者 住 所

氏 名

TEL

印

貴会所有する検査器具を下記のとおり借用したいので申し込みます。

### 記

1 借用検査器具名 (ご希望される方に丸印をお願いします)

ATP拭取り検査器 台 ・ 手洗いチェッカー 台

2 使用目的 \_\_\_\_\_

3 借用場所 \_\_\_\_\_

4 使用責任者名

4 借用期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

(給食会便 令和 年 月 日便で納品・令和 年 月 日便で返却)

(注) ATP拭取り検査器貸出しについては、検査試薬を付けますが数に限りがありますので  
貸出し本数については、原則として20本までとさせていただきます。