**差込ベスト返却届**

年　　　月　　　日

千葉市地域包括ケア推進課長　様

住　所

名　称

代表者名

担当者名

年　　月　　日付けで借り受けた差込ベストを下記のとおり返却します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 記　入　欄 |
| 使用目的 |  |
| 使 用 日 | 　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 主な対象者 | 使用人数　　　　　　　 人主な対象者 |
| 返却差込ベスト | Fサイズ　蛍光オレンジ　　　　枚Oサイズ　ブルー　　　　　　　枚 |
| 特 記 事 項 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域包括ケア推進課記入 | 受理日： | 対応者： |