

モバイル端末発見返却届

NPO法人しまね医療情報ネットワーク協会 様
 モバイル端末を発見しましたので返却いたします。

返 却 日	年 月 日
住 所	〒
施 設 名	
代表者又は責任者	⑩
ご 担 当 者 名 (施設システム管理者)	
連絡先： TEL	
Mail	
返却台数	台
※返却する端末情報（電話番号）をご記入下さい 端末情報 (電話番号)	
備考	
【注意事項】 ・ <u>貸出時の箱に入れてご返却下さい。</u>	

 ※協会使用欄

受付日		状態チェック		保管日	
備考					