

返 却 届

平成 年 月 日

三条市医師会
三条市在宅医療推進センター 行

事業所住所 _____
事業所名 _____
担当者名 _____
電話番号 _____

次のとおり返却いたします。

品 名	数 量
インストール用 CD	枚
タブレット端末 (※電話番号)	台
AC アダプタ	台
モバイルプリンター	台
モバイルプリンター用充電器	台

※タブレット端末を返却する場合は、電話番号を記入ください。

返却理由：
(具体的に記入ください。)