

備品借用報告書

年 月 日

福井県在宅医療サポートセンター 御中

団体名 _____
住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

下記のとおり備品を用いた研修会を実施しましたので、ご報告します。

記

実施内容	
実施年月日	令和 年 月 日 ()
実施場所	
参加人数	計 (名) 内訳 (医師 名、歯科医師 名、薬剤師 名、看護師 名 その他 名)
使用しての感想	①使用してよかったか。 □大変よい □良い □普通 □悪かった ②また使用したいか。 □使用したい □どちらでもない □使用したくない ③自由意見記入欄