

FAX の場合はこのまま送信してください。	
送信先	山形市医師会事務局 FAX 023-624-6754

申込日：平成 年 月 日

山形市医師会事務局 様

ポピーネットやまがた（メディカルケアステーション）への参加に係る  
iPadの貸与について

標記ネットワークへの参加にあたり、下記のとおり iPadの貸与を希望します。

記

事業所名		
事業所所在地	〒	
連絡先	Tel Fax (担当者氏名： )	
貸与責任者 職氏名	職	
	氏名	
貸与希望台数	( ) 台	

※貸与予定の iPad は Wi-Fi モデルです。

※後日、あらためて貸与手続きについてのお知らせをいたします。その際に、『ポピーネットやまがた』への参加申込等も行っていただきます。

※貸与希望台数については、調整させていただく場合があります。