**マスクフィッティングテスター申込書**

施設名：

**連絡申込先**

京都府健康対策課

感染症対策係

①　TEL 075-414-4726にまず連絡

②　同時にメールで

kansensupport01@pref.kyoto.lg.jp

申込書に必要事項を記入し、

メールに添付してください！

担当者：

メールアドレス：

電話番号：

★注意1：送料はご施設負担です。

①貸出時：着払いで送付、もしくは直接取りにお越しください。

②返却時：元払いで送付、もしくは直接ご持参ください。

★注意2：使用中の故障等は施設負担で修理することになります

ので、取扱いは丁寧にお願いします。

**マスクフィッティングテスターについて**

1. **貸出期間**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用期間（発送期間を含まない） | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 |
| 返却日（京都府庁到着日） | 令和　　年　　月　　日 |

**2.　貸出・返却方法 （いずれかをチェックしてください。）**

[ ] 　貸出時は着払い送付を希望します。返却時は元払いで送付します。

[ ] 　京都府庁にて直接の受け渡しを希望します。

**3. テスト（10分程度）・チェック（1分程度）の予定人数**

* 1. テストのみを申し込みたい場合
	2. チェックのみを申し込みたい場合
	3. テスト、チェック両方の申し込みたい場合

|  |  |
| --- | --- |
| 1. テスト
 | 人 |
| 1. チェック
 | 人 |
| 1. テストとチェック
 | 人（テスト） | 人（チェック） |

**4. 備考欄**

|  |
| --- |
|  |