

# 課外活動用具借用願

年 月 日

滋賀医科大学  
学 生 課 長 殿

団 体 名 \_\_\_\_\_

学 年 \_\_\_\_\_

学 籍 番 号 \_\_\_\_\_

所 属 講 座 ・ 課 等 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり、課外活動用具を借用したいので許可くださいますようお願いいたします。  
なお、これにより生じた損害等は、その原因が使用者に帰すべき場合は使用者が損害賠償の責めを負います。

## 記

用具名及び借用数	
使 用 目 的	
主 な 使 用 場 所	<input type="checkbox"/> 学内 ( ) <input type="checkbox"/> 学外 ( )
借 用 期 間	(自) 年 月 日 ( ) (至) 年 月 日 ( )

---

貸出月日	月 日	返却月日	月 日
貸出者名		受領者名	
用具の異常 ( 有 ・ 無 )		催 促	年 月 日

注) 貸出・受領の際には、月日、氏名(サイン)を記入してください。  
受領の際には用具に異常がないか口頭により確認してください。