

福祉機器借用願い書

平成 年 月 日

余市町社会福祉協議会
会長 安本幹雄様

◆下記のとおり借用したくお願いします。

申請者	団体名			
	代表者名	印	[責任者名]	
	住所	[TEL]		
機器名	<input type="checkbox"/> 車椅子 台 (No.) <input type="checkbox"/> 布団乾燥機 台 <input type="checkbox"/> 疑似体験セット セット <input type="checkbox"/> その他 ()			
使用目的				
使用月日	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日() 日間			
使用場所				
使用対象者				
	人数 名程度			
借用期間	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日() まで			
返却予定日	平成 年 月 日() 予定			
備考				
会長	事務局長	次長	主事	・貸出月日 H 担当者 ・返却月日 H 確認者 【機器の状態】 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり

※貸出期間は、原則として1週間以内とします。
 使用物品を破損又は紛失した場合は、修復等のうえ返却願います。