

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いたします。

申請者	氏名	印 年令 才 [使用者との関係]		
	住所	[TEL]		
	所属名	[TEL]		
使用者	氏名	年令	才	[生年月日] 年 月 日生
	住所	[TEL]		
	介護保険	介護度	[利用サービス]	
	障害手帳	あり・なし	[障害の程度]	
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				
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。