

福祉機器借用願い書

令和 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	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日() 日間						
使用場所							
使用対象者	人数 名程度						
借用期間	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日() まで						
返却予定日	令和 年 月 日() 予定						
備考							
会長	事務局長	次長	係長	係	・貸出月日 R 担当者 ・返却月日 R 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。