

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	係長	主任	係	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。