

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	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		令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日() 日間				
使用場所						
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
・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。