

福祉機器借用願い書

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いたします。

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"/> 疑似体験セット セット <input type="checkbox"/> その他()					
使用目的						
使用月日	年 月 日()~ 年 月 日() 日間					
使用場所						
使用対象者	人数 名程度					
借用期間	年 月 日()~ 年 月 日()まで					
返却予定日	年 月 日()予定					
備考						
会長	事務局長	主任	係	・貸出月日 . . . 担当者 ・返却月日 . . . 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、修復のうえ返却願います。