

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	氏名	印		年齢	歳	[使用者との関係]	
	住所	[TEL]					
	所属名	[TEL]					
使用者	氏名	年齢		歳	[生年月日]		年 月 日
	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"/> 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							
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。