|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **局長** | **次長** | **係長** | **主任** | **管理者** | **係** |
|  |  |  |  |  |  |

**介護福祉機器　借用申請書**

令和　　年　　月　　日

白糠町社会福祉協議会会長 様

【申請者】 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　 .

　　　　　　　　　　　　　 氏　名

.

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　.

下記のとおり借用したいので申請します。

記

　（該当するものに、✓を付けてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 借用品（無料） | * 車いす（No　 　） □ ポータブルトイレ（No　 　）
* 歩行器（No　 　） □ シャワーチェア　（No　 　）
* その他（　　　　　　　　　　　）
 |
| 利用者 | 住　　所 | □申請者と同じ |
| 氏　　名 | □申請者と同じ |
| 電話番号 | □申請者と同じ |
| 借用 年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 返却 予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

* 返却が大幅に遅れる場合は、電話でご連絡ください。
* 破損又は紛失した場合は、実費を負担していただく場合があります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 返却日 | 令和　　年　　月　　日 | 確認者 |