

常務理事	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)	<input type="checkbox"/> 車いす (No)	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (No)
	<input type="checkbox"/> 歩行器 (No)	<input type="checkbox"/> シャワーチェア (No)
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
利用者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	電話番号	<input type="checkbox"/> 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
-----	----------	-----