

様式第 1 号

決 裁	会 長	局 長	総務職員	地域福祉担当	係

車 椅 子 貸 出 申 込 書

社会福祉法人 桂川町社会福祉協議会 様

令和 年 月 日

車椅子 使用者 ・ 申請者	氏 名	㊞ (使用者・申請者) どちらか○で囲む			
	使用者住所	〒 8 2 0 - 桂 川 町 行 政 区 () 電話番号 (自宅) 0 9 4 8 () -			
使 用 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
使 用 目 的					
返 却 予 定 日	令和 年 月 日 () 予定				

社会福祉法人桂川町社会福祉協議会車椅子貸出規程第5条に基づき、車椅子の貸出申込みをいたします。ついては、使用注意を守り遅延なく返却いたします。

なお、利用中に車椅子が紛失、破損及び汚損等になったときは、その程度に応じて賠償して返却いたします。

事 務 局 処 理 欄	
受 付 職 員	
車椅子番号	
返 却 日	
返却確認者	