

決 裁	会 長	局 長	総務職員	地域福祉担当	係

## チャイルドシート 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

チャイルドシート 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	〒820- 桂川町 行政区 ( ) 電話番号 (自宅) 0948 ( ) -
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	

事務局処理欄	
受付職員	
番号	
返却日	
返却確認者	
	継続・完了