

申請日 令和 年 月 日

車椅子借用申請書

社会福祉法人三島市社会福祉協議会
会長 中村 正蔵 様

申請者 住所
(借用者) 氏名 (印)
電話
(使用者との続柄)

下記のとおり車椅子を借用したいので申請します。

記

使用者氏名	
使用者住所	
借用の理由	
借用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
注意事項	1. 車椅子の借用期間は原則1ヶ月以内とします。 2. 入院中及び施設等の入所中は使用できません。 3. 借用した車椅子は丁寧に取り扱い、万一破損を生じた場合は、責任をもって弁償返却してください。

※事務局使用欄

車椅子No.	返却日	確認者
	令和 年 月 日	