

# 車椅子借用申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人三島市社会福祉協議会 会長 様

住所

申請者 氏名 印  
(借用者) 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  | 平成 年 月 日 ~ 平成 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。<br>2 入院中及び施設等の入所中は使用できません。<br>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 |
|--------|----------|-----|
|        | 平成 年 月 日 |     |