

本書を1部コピーして申請者に渡してください。

車椅子貸与申請書

短期用… 1週間 (日)

長期用… 1ヶ月

利用期間： 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

利用理由： _____

貴協議会より借用する車椅子を汚損した場合、使用者で責任を持って修理

又は、消毒し、返却することを確約いたします。

※貸出した車椅子は、元の状態でご返却下さい。パンクした場合、ご使用者でご修理いただき、汚れた場合、布等で拭き、家庭用ハイター・除菌剤等で消毒をお願い致します。ご不明な点は、事務局・各事業所にご遠慮なくお尋ね下さい。

社会福祉法人

下関市社会福祉協議会会長 様

令和 年 月 日

申請者 氏 名： _____ (使用者との続柄 _____)

住 所： 下関市 _____

電話番号： (083) — _____

携帯番号： _____

使用者 氏 名： _____ 生年月日 T S H 年 月 日(歳)

住 所： 下関市 _____

電話番号： (083) — _____

※車椅子は、安全なご使用をお願い致します。

ご使用方法につきまして、ご不明な点は、ご遠慮なくお尋ね下さい。

※車椅子利用時の事故及び怪我等につきまして、下関市社会福祉協議会は、一切責任を負いません。使用者が責任を負うものとします。

返却予定日	令和 年 月 日
車椅子 NO.	

※ご記入いただいた個人情報は、車椅子の貸出のみに利用します。

返却実施日	令和 年 月 日	返却確認者印

社会福祉法人下関市社会福祉協議会 (貴船町3丁目4番1号) ☎232-2002