

(様式1)

福祉用具貸出申込書

年 月 日

大村市社会福祉協議会会長 様

申込者 団体名
代表者
住所
電話番号
担当者

次のとおり福祉用具の貸出を申込みします。

借用にあたっては、物品を第3者に使用させないことはもちろん、万一事故が生じた場合は、全て使用者において解決します。また、物品に損傷が起きた場合においても責任を持って修理し、返却します。

※貸出期間 介護福祉用具・福祉レクリエーション用品（1か月以内）、福祉教育用具（3日以内）

貸出用具 (希望の□ にレを記入)	<input type="checkbox"/> 車イス 数量 () 台
	<input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験用具(一般用) セット 数量 () セット
	<input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験用具(児童用) セット 数量 () セット
	<input type="checkbox"/> アイマスク 数量 () 個
	<input type="checkbox"/> 福祉レクリエーション用品 ()
使用目的	<input type="checkbox"/> 介護のため(使用者氏名:) <input type="checkbox"/> 福祉教育推進のため(内容:) <input type="checkbox"/> その他(内容:)
使用場所	
貸出期間	年 月 日 ~ 年 月 日
記号・番号	
備考	

※ 事務局記入欄

確認者	返却時の状況	
	破損の有無	有(破損箇所) ・ 無
	返却日	