

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： 平成 年 月 日 ～ 平成 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 兼 田 一 郎 様

平成 年 月 日

申請者 ふり かな  
氏 名： \_\_\_\_\_ (印) (使用者との続柄 \_\_\_\_\_)

住 所： 下関市 \_\_\_\_\_

電話番号： (083) — \_\_\_\_\_

携帯番号： \_\_\_\_\_

使用者 ふり かな  
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	平成 年 月 日
車椅子 NO.	

※ご記入いただいた個人情報、車椅子の貸出のみに利用します。

返却実施日	平成 年 月 日	返却確認者印