**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（上田中町1丁目16番3号）　☎２３２－２００２**