

(様式2)

総務福祉課長	係長	係

整理 No.
佐野 一

福祉機器使用申込書 (借用書)

年 月 日

社会福祉法人佐野市社会福祉協議会
会 長 出 井 修 様

使用者	住 所	佐野市	申請者		
	ふりがな				
	氏 名				
	連絡先	()		()	
	生年月日	T. S. H. R 年 月 日		使用者との関係	
使用の理由 (身体状況等)			備考		
※車イスの貸出期間は最長3ヶ月間です					

物 品 名	数 量	期 間	物品登録 番 号
車 イ ス		年 月 日～ 年 月 日 (間)	No.
エアーマット		年 月 日～ 年 月 日 (間)	No.
ギャッジベッド		年 月 日～ 年 月 日 (間)	No.

貸出し延長記録

使用者 氏名		整理 No.	—
物品名		物品登録No.	

延長期間	記録者 (受付日)	備考
年 月 日～ 年 月 日 (間)	年 月 日	

返却確認 年 月 日 (確認者名：)