（様式２）

課　長	係　長	係

整 理 No.
－　　－

福祉機器使用申込書（借用書）

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人佐野市社会福祉協議会
会　　長　　半　谷　昌　弘　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	M.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.