

(様式1)

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 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.