様式第１号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 次　長 | 担　当 |  |
|  |  |  |  |

車イス 借 用 申 請 書

令和　　年　　月　　日

小川町社会福祉協議会長　　様

住　所

申請者　　氏　名

電　話

車イスを利用したいので、下記のとおり申請します。

記

１　利用者

住　所

　　氏　名

生年月日　大正・昭和・平成・令和　　　年　　月　　日（　　　歳）

２　期　間　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

３　理　由

※下記は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貸付日 | 令和　　　年　　月　　日 | 確認　　　 | № |
| 返却日 | 令和　　　年　　月　　日 | 確認　　　 |