

事務局長	課 長	受付者

## 車 椅 子 借 用 申 請 書

平成 年 月 日

社会福祉法人 下野市社会福祉協議会 様

申請者  <input type="checkbox"/> 本人  <input type="checkbox"/> 代理人	住 所	下野市
	氏 名	印
	事業所の代理人申請の場合	(事業所名)
	電話番号	☎

下野市社会福祉協議会車椅子貸出要綱第 6 条の規定に基づき申請します。

使用者氏名		申請者との 続柄	
使用者住所 電話番号	下野市 ☎	使用者の 介護度	
借用目的 (事業等の名称)			
借用期間	平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( )		
車椅子 NO			
返 却 日	平成 年 月 日	確認者 ( )	
継続貸出の場合			