

年 月 日

備品利用申込書

社会福祉法人
八千代市社会福祉協議会長 様

申 団体名 _____
請 住 所 _____
氏 名 _____
者 連絡先 _____

下記のとおり利用したいので申込みいたします。

備品名	<input type="checkbox"/> 車椅子 台	<input type="checkbox"/> 綿菓子機 台
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

期 間 年 月 日 ~ 年 月 日まで

目 的

備 考

注意事項

- ・ 車椅子の貸出し期間は、原則1か月でお願いします。
- ・ 備品による事故については、一切の責任を負いません。
- ・ 備品を損傷または紛失した場合、損害を賠償していただきます。
- ・ 返却の際には注意事項に従い備品を整備してください。
- ・ 『綿菓子機』については、保守管理に要する経費として1回2,000円を納入していただきます。

合 議	
--------	--

局 長	課 長	係 長	担 当
貸出し No.	貸出受付	返却日	返却受付