福祉機器貸出申請書

□　車椅子 (自走型・介助型) □　電動ベッド　　 □　シルバーカー

□　浴槽台　　　□　点滴スタンド　 □　杖・松葉杖

□　バスボード　□　バスグリップ　　□　シャワーチェア（背有、無）

№

※記入して下さい

□　その他

貸し出し期間　　※期間は最長３ヶ月間。

令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日迄

返却日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

氏　　名 ：　　　　　　　　　　　　　　　印 担当者：

住　　所 ：

電話番号 ：

使用者氏名：　　　　　　　　　続柄　：　　　　　　　使用者年齢　　　　歳

　　　　　　様控え

返却の際こちらの控えをお持ち下さい。

□　車椅子 （自走型・介助型） 　　 □　電動ベッド　　 □　シルバーカー

□　浴槽台　　　□　点滴スタンド　 □　杖・松葉杖

№

※記入して下さい

□　バスボード　□　バスグリップ　　□　シャワーチェア（背有、無）

□　その他

貸し出し日　　※期間は最長３ヶ月間。

令和　　年　　月　　日

返却期日　　　　令和　　年　　月　　日までに返却してください。

　　　　　　　　　　　　担当者：

社会福祉法人　　七飯町社会福祉協議会

七飯町本町４丁目８－１　　電話　65-2067

※お貸しした機器等の事故について、当協議会は責任を負いかねますのであらかじめご了承下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他、お気付きになった点がございましたらお気軽にご相談下さい。