

福祉用具借用申込書

短期・長期

平成 年 月 日

長浜市社会福祉協議会 様

申込者または使用責任者

住 所 長浜市

氏 名

印

連絡先 TEL

使用者	氏名					
	住所					
	電話					
	生年月日	明	大	昭	年	月
使用用具	車椅子（自走用） 車椅子（介助用） 車椅子（子供用）					
使用目的						
使用期間	平成 年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）（1年更新）					
更新						
年月日						
返済年月日	平成 年 月 日					

※ 注意 使用後は必ず掃除をして返却してください。用具は大切に取り扱いってください。

決 裁	センター長	担当	合議