

送付先：

栃木県社会福祉協議会

FAX 028-622-5715

福祉用具貸出申込書

令和 年 月 日

栃木県社会福祉協議会事務局長 様

申込者 団体名

代表者

住所

電話番号

担当者

貸出用具 (希望の□に レを記入)	<input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験「エルダートライ」 数量 () セット <input type="checkbox"/> アイマスク 数量 () セット
使用目的	
使用場所	
貸出期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで
返却日	令和 年 月 日 : (予定)
備考	

(留意事項)

- 貸出期間は1週間以内とします。
- 適正な管理責任のもとに用具を使用してください。使用中の事故等については責任の一切を負いませんのでご承知ください。
- 電話等での申込み後、速やかに本申請書をご提出ください。

※ 事務局記入欄

記入者	貸出時の状況	
	エルダートライ 貸出No.	アイマスク貸出 No.
記入者	返却時の状況	
	破損の有無	有 (破損箇所) ・ 無