貸出申請書（疑似体験セット用）

社会福祉法人東大阪市社会福祉協議会
ボランティア・市民活動センター所長　　様
角田総合・五条・高井田老人センター館長　様

東大阪市社会福祉協議会の福祉機器短期貸出し事業実施要綱を
遵守し福祉機器の貸出しを申請します。

記

申込者名	印		
住　　所			
Ｔ Ｅ Ｌ	－　　－	携帯番号	－　　－

貸出日	令和　　年　　月　　日(　　)　午前･午後　　時	返却日	令和　　年　　月　　日(　　)　午前･午後　　時

用具が揃っているかを確認し、□に○印を入れ、必要事項をご記入ください。

備品名	□特殊ゴーグル	1 個	□手首用重り（紺）	1 組
	□万能チョッキ	1 着	□足首用重り（黒）	1 組
	□肘用マルチサポーター	1 組	□砂袋(1,0 kg)	1 組
	□膝用マルチサポーター	1 組	□砂袋(1,5 kg)	1 組
	□足首用マルチサポーター	1 組	□白内障メガネ	1 個
	□伸縮ステッキ	1 本	□専用ゼッケン	1 枚

M【　　】　　L【　　】　　Kids【　　】

申請理由

※万が一、事故等が発生した場合は、責任を負えませんので充分ご注意ください。
※貸出備品に破損、紛失などがありましたら、実費弁償いたします。

申込日：令和　　年　　月　　日　取扱者名

切り取り線

貸出許可書（疑似体験セット用）

M【　　】　　L【　　】　　Kids【　　】

申込者名	様

用具が揃っているかを確認し、□に○印を入れ、必要事項をご記入ください。

備品名	□特殊ゴーグル	1 個	□手首用重り（紺）	1 組
	□万能チョッキ	1 着	□足首用重り（黒）	1 組
	□肘用マルチサポーター	1 組	□砂袋(1,0 kg)	1 組
	□膝用マルチサポーター	1 組	□砂袋(1,5 kg)	1 組
	□足首用マルチサポーター	1 組	□白内障メガネ	1 個
	□伸縮ステッキ	1 本	□専用ゼッケン	1 枚

貸出日	令和　　年　　月　　日(　　)　午前･午後　　時	返却日	令和　　年　　月　　日(　　)　午前･午後　　時

※①貸出期間は最高１ヶ月間とし、備品に破損、紛失などがありましたら、実費弁償して頂きます。
②万が一、事故等が発生した場合は、責任を負えませんので充分ご注意ください。
③返却の際には、必ず貸出許可書をご持参ください。

受付日：令和　　年　　月　　日　取扱者名