事務局長	次長	参事補佐	係長	係	担当

様式第１号（第６条関係）

チャイルドシート等借用申請書

シートの種類 （希望に〇印）	ﾍﾞﾋﾞｰｼｰﾄ （新生児～4 歳頃）	ﾁｬｲﾙﾄﾞｼｰﾄ （1～11 歳頃）	ｼﾞｭﾆｱｼｰﾄ （3～11 歳頃）	シートNo.	① ②
利用者氏名				申請者との続柄	
利用者住所	（〒　　－　　）			（電話番号）	
利用目的	（帰省中の一時利用や購入検討中など具体的にご記入ください）				
貸出期間	令和　　年　　月　　日（　　）　から 令和　　年　　月　　日（　　）　まで				

上記の通り申請致します。尚、借用した備品について破損や紛失があった際は貴会の指示に従い修繕・弁償します。また、シート使用中の事故及び交通事故による損害があっても社協に対して一切の賠償責任を問わないことを約束致します。

令和　　年　　月　　日

篠栗町社会福祉協議会会長　殿

申請者住所　篠栗町

申請者氏名

連絡先（自宅）

連絡先（携帯）

社協処理欄（申請者は記入しないでください）

貸与期日	令和　　年　　月　　日（　　）		担当者印	
返却確認	令和　　年　　月　　日（　　）		担当者印	
貸出確認※	会員加入	加入済　・　今回加入　（　　区　　組）		
	利用内容	一時利用（盆･暮）　・　一般利用（前回返却　　年　　月　　日）		
クリーニング代領収確認 （一台につき８００円）	①　　年　　月　　日　領収済		受領担当者	
	②　　年　　月　　日　領収済			

※会員未加入の場合は、事前に会員加入していただく必要があります

※一般利用の場合、前回返却から１年以上を経過していることが必要です

※借用時いただいたクリーニング代は、備品未使用の場合でも返金いたしません