

(様式第1号)

# 車イス利用申請書

年 月 日

社会福祉法人

戸田市社会福祉協議会会長 様

申請者

団体名

氏名

住所 戸田市

電話

下記により、貴会備品の車イスの利用を申請いたします。

使用者	氏名		年齢	歳
	申請者からみた続柄			
制度の利用	(介護・障害) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 対象外(団体含む)			
使用期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
使用理由	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 行事 <input type="checkbox"/> その他( )			

※ご記入頂いた個人情報、本事業以外には使用いたしません。

職員記入欄

備品番号・種類	NO. (式)
備考	

決裁欄

会長	常務理事	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	係長	担当

確認	月日	確認者
貸出	/	
返却	/	