

会長		局長		合議		受付	
----	--	----	--	----	--	----	--

車椅子
歩行器
4点杖

借用申請書

太枠の中を記入ください。

申請者氏名							⑩		
申請者住所	東伊豆町						(TEL -)		
使用者氏名									
使用者住所	東伊豆町						(TEL -)		
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日	(歳)			
借用期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
借用理由									
貸出番号		返却日	令和	年	月	日	確認印		

※車椅子等借用物を破損された場合は、補修等をされた後、返却ください。

以下の通り申請致します。

令和 年 月 日

東伊豆町社会福祉協議会

会長 野崎 元廣 様