

(別記様式)

決 裁	常務理事	局 長	課 長	事 務 員	貸出人	担 当

チャイルドシート貸出許可申請書

令和 年 月 日

杵築市社会福祉協議会会長 殿

申請者	住 所	
	氏 名	印
	続 柄	両親・祖父母・その他 ()
	電話番号	

下記のとおりチャイルドシートの貸出しを受けたいので申請します。
なお、借受した備品について破損や紛失、清掃代等が発生した際には貴会の指示に従い、弁償又は費用をお支払いします。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。

シートの種類	チャイルドシート ・ ジュニアシート			NO	
利用者	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	生年月日		年 齢	歳 ヶ月	
	出産予定日	令和 年 月 日			
借受期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)				
申請理由					

※これから出産を迎える場合は、「利用者」欄に出産予定日のみご記入ください。

受付印

運転免許書の確認	
----------	--