

令和 年 月 日

社会福祉法人 立科町社会福祉協議会長 様

申請者 住 所  
電話番号

氏名

## 車 椅 子 借 用 願

車椅子について、下記のとおり借用致します。

### 記

1 借用期間 令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )

2 使用目的 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 利用者 氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

貸出車椅子番号	
---------	--

返却確認印	
-------	--