|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **会　長** | **事務局長** | **主　　　事** | **受付者** |
|  |  |  |  |  |  |

**物 品 等 借 用 書**

**平成 年 月 日**

**小国町社会福祉協議会 会長 様**

**団体名**

**氏 名　　　　　　　　 　㊞**

**住 所**

**電話番号**

**下記のとおり　物品 ・ 車椅子　を借用致します。**

**（いずれかに○をして下さい）**

**記**

1. **使用目的**

**【物品の場合】**

**【車椅子の場合】　・通　院　　・外　出**

**・その他**

1. **借用期間**

**年 月 日（　） ～ 年 月 日（　）**

1. **物 品 名**

**車椅子　№　　　　　　　　（無料）**

**（必ず車椅子番号を記入して下さい）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受 付 印** | **返 却 日** | **利用料【　有　・　無　】** |
|  |  | **利用日数　　　　　日****利 用 料　　　　　円****利用料合計　　　　　　　円** |