

平成 年 月 日

甲良町社会福祉協議会 会長 殿

申請者 氏 名 ㊟
住 所
電話番号

甲良町社会福祉協議会福祉用具使用許可申請書兼誓約書

記

使用期間	平成 年 月 日 () ～平成 年 月 日 ()		
	※使用期間は3ヶ月とし、1回のみ更新可能		
借用物品	車イス	介護用ベッド	その他
	No.	No.	
使用者	氏 名		
	住 所		
	電話番号		
使用に関する 誓約書	<p>福祉用具の使用にあたり、次の事項を遵守することを誓約し、確認のうえ借り受けます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 勝手に福祉用具を改造・分解はしません。 不要になった場合は、速やかに返却します。 故意に破損、汚染及び損傷した場合は、実費弁償します。 ベッドの専用シーツは買い取ります。 		

欄使用協社

会長	事務局長	係長	回覧	受付者	ファイル 記入