

事務局長	グループ長	係長	担当者

福祉機器等貸与事業申請書

申請者	団体名			
	代表者	⑩		
	住所	茨城町大字	番地	
	電話番号	029	—	—
借用期間	年 月 日から 年 月 日まで (原則1週間)			
借用品目				
使用目的				

- (1) 当該機器をほかの目的に使用し、転貸し、又は担保等に供しません。
- (2) 機器の全部又は一部を毀損し、又は滅失した場合、あるいは機器使用中に生じた事故による負傷その他の損害については自己負担とします。
- (3) 機器が不要になったときは、速やかに返還します。

以上、借用いたしたく申請します。

年 月 日

社会福祉法人茨城町社会福祉協議会長 様

利 用 報 告 書

申請者	団体名	
	代表者名	
	電話番号	
返却日		年 月 日
返却物品		
確認		気づいたこと
※社協確認欄		確認者氏名

以上、返却いたします。

年 月 日

茨城町社会福祉協議会長 様