

事務局長	次長	係長	係

シニアカー貸出申請書

社会福祉法人
天理市社会福祉協議会
会長 並 河 健 様

年 月 日

住 所 _____
申請者 氏 名 _____ (印)
Tel () -
使用者との続柄 ()

下記のとおりシニアカーを使用したいので、申請します。
なお、借用中の事故、シニアカーの故障及び破損については責任を持って対応します。

使用者	住 所	天理市			電話	
	氏 名		性別	男・女	年齢	歳
	生年月日	年 月 日 生	※シニアカー番号		No.	
貸出希望日 又は、期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
貸出しを希望 する理由						

※ は記入しないで下さい。

※ 社会福祉協議会記入欄

年 月 日

シニアカー貸出許可書

様

社会福祉法人
天理市社会福祉協議会
会長 並 河 健 (印)

使用者氏名		住所	天理市		
貸 出 日	年 月 日	返却予定日	年 月 日		
シニアカー番号	No.	※特記事項			

【注意事項】

- ※ 貸出期間は、原則1箇月以内です。（期間内に返却できない場合は、ご連絡下さい。）
- ※ 使用中の盗難及び故障並びに破損等の費用は、申請者及び使用者負担となります。
- ※ 使用中の事故については、申請者及び使用者において責任を持って解決すること。
- ※ 返却の際は、この貸出許可書をお持ち下さい。

連絡先 : 天理市社会福祉協議会
天理市田井庄町7-23番地
電話 0743-61-2200