

(様式第1号)

チャイルドシート等貸与許可申請書

令和 年 月 日

荅北町社会福祉協議会長 様

申請者住所

氏 名 印
電話番号

下記によりチャイルドシート等の貸与を申し込みます。

対象者氏名		年齢	歳
種 別	ベビーシート No	台	0歳児
	チャイルドシート No	台	5ヶ月から4歳頃まで
	ジュニアシート No	台	
貸与期間	年 月 日から 年 月 日まで		

*上記申請について、下記の条件を付して貸与します。

- チャイルドシート貸与規程を遵守すること。
 - 貸与を受けたチャイルドシートは、使用者において保全を留意し、原型を改変してはならない。
 - 貸与期限の到達した者又は必要でなくなった者は、カバーの洗濯等掃除をして速やかに返還するものとする。

令和 年 月 日

荅北町社会福祉協議会長 印

申請者 様