

福祉用具等 貸出申込書

貸出期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
返却予定日時	令和 年 月 日 時 頃
使用場所	
使用目的	
貸出品名・数量	

上記のとおり、貸出を申し込みます。

令和 年 月 日 住所
団体名
障害者福祉センター長 様 氏名
連絡先TEL

返却いたします。

令和 年 月 日
障害者福祉センター長 様 氏名
連絡先TEL

◎ 赤枠内のみご記入ください。

◎ FAXでお申し込みの場合は、在庫の確認が必要ですので必ず事前にお問合せください。

令和 年 月 日

様

福祉用具等 貸出申込書（控）

貸出期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
返却予定日時	令和 年 月 日 時 頃
貸出品名・数量	

高知市社会福祉協議会 障害者福祉センター
高知市旭町2丁目21-6
電話 873-7717 FAX 873-6420

◎ 借用期間中の他団体等への無断貸与の厳禁、借用期間の厳守をお願いします。

◎ 貸出品と引き換えに(控)をお渡しします。