チャイルドシート等借用申請書

令和　 年　 月 　 日

社会福祉法人

多久市社会福祉協議会会長　様

住 所:　多久市　　多久町

申請者　 　　　　　（行政区：　　　　 　）

氏 名:

（対象者との続柄:　　　　）

電話番号 : －

【太枠内をご記入ください】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 |
| 氏　名 |  |  H　・ R　　　年 月 日 生( 歳　　　ヶ月) |
| ふりがな |  | 住　所 |  |
| 保護者名 |  |
| 借用を希望する理由 |  |
| 借用を受けたい用具の名称（該当番号に○） | (1) チャイルドシート　　　　(2) ジュニアシート |
| 借用期間 | 令和 年 月 日 から 令和 　 年 月 日 まで |
| **誓約書**このたび、上記用具を借用するにあたり、下記事項について遵守することを誓約致します。 記１ 借用用具の使用において、怪我及び損害を被っても貴法人へ一切の賠償請求は致しません。２ 借用期間中の故障や破損については、申請者の責任において修理負担致します。３ 借用用具は、取扱い説明書の通り正しく着用し、安全運転をします。４ 返却時は、借用用具を清潔な状態（清掃やカバーの洗浄等）にして速やかに返却致します。※ 上記事項を誓約し、使用の必要がなくなった場合は責任をもって返却します。住 所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |