

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 _____					