

令和 年 月 日

チャイルドシート（無料）借用願

社会福祉法人 土佐市社会福祉協議会 様

願出人

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

願出人は、チャイルドシートの借用を希望します。

なお、必要としなくなった場合には、ただちに返還いたしますので、よろしくお願いいたします。

対象者氏名	生年月日	申請者との続柄	住所（上記と違う場合のみ）
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
備考			

★注意事項 貸出しするチャイルドシートには、損害保険は付帯していません。
利用中の事故につきましては、一切の責任は負いません。

借 用 証

【品 名】 チャイルドシート

【借用期間】 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
(継続の場合は、更新手続きが必要です。=電話連絡可=)

上記のとおり借用いたします。なお、故意により破損及び紛失した場合は、弁償することを約束します。

社会福祉法人 土佐市社会福祉協議会 様

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (印)