

車椅子借用書

貸出車椅子No. _____

使用者氏名	
使用目的	
持ち出し日	令和 年 月 日 ()
借用期間	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()
返却日	令和 年 月 日 ()

下記注意事項に従い借用します。

令和 年 月 日

来所された方の氏名 _____

住所 _____

連絡先 自宅 _____

携帯 _____

車椅子の使用にあたり、次のことにご注意ください。

- ① 借用期間中に、損傷または紛失された場合は、ただちに多賀町社会福祉協議会へ連絡してください。修理が必要な場合は協議の上、費用の負担をお願いすることとします。
- ② 使用中に汚れたり、泥など付着した場合、雑巾で拭いて返却してください。水で洗わないでください。

社会福祉法人 多賀町社会福祉協議会
〒522-0027
滋賀県犬上郡多賀町多賀 221 番地 1
電話 0749-48-8127 有線 2-2039
FAX 0749-48-8140