借　用　書

年　　月　　日

社会福祉法人　花巻市社会福祉協議会
会長　　髙　橋　　照　幸　　殿

使用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　使用者との続柄（　　）

申請者住所　花巻市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

借用物品

- 車イス（Ｎｏ．　　）
  □短期用･･･２週間、**延長なし**
  □長期用･･･３ヶ月間、**延長あり**
- その他･･･１週間、**延長なし**

〔　　〕

貴協議会より借用する物品を破損した場合、当方で責任を持って修理し返却すること、また、貸出中の物損・事故等について、当方が一切の責任を負うことを確約します。

利用延長の繰り返しにより長期にわたり使用したため借用した物品が老朽化し、返却後使用が困難であると貴協議会職員が判断した場合、当方で一切の責任を負い処分することを確約いたします。

車椅子等の福祉機器以外の物品を借用し破損し修理不可能となった場合、当方で一切の責任を負い、同等の物品の返却、または同一の物品購入にかかる実費分をお支払いすることを確約いたします。

<table>
<tr><td>返却予定日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="5">延長連絡受付日
及び
返 却 予 定 日</td><td>連絡受付日</td><td>返却予定日</td><td>連絡受付日</td><td>返却予定日</td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>返却実施日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>返却受付者
確　認　印</td><td></td></tr>
</table>

本書を１部コピーして借用者に渡してください。

※延長希望の場合は、下記まで必ずご連絡下さいますようお願いいたします。

短期用車イスの延長は受け付けておりませんので予めご了承ください。

社会福祉法人　花巻市社会福祉協議会　電話４１－８７３９