

事務局長	地域福祉係長	会計係長	推進員	コーディネーター	係

車椅子借用書

令和 年 月 日

斜里町社会福祉協議会長 様

使用責任者 _____ 印

使用者氏名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

受付責任者 _____ 印

下記の理由により車椅子の借用をお願い致します。

記

○使用目的 _____

○使用期間 令和 年 月 日 () ~

令和 年 月 日 () 未 定

○車椅子No. _____