

決裁	局長		係		受付	
					返却	

様式第1号

社会福祉法人美祢市社会福祉協議会 幼児用チャイルドシート借用申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人美祢市社会福祉協議会 会長 様

私は、借用条件を承諾のもと、チャイルドシート(以下「シート」という。)の借用を申し込みます。

- 《借用条件》
- シートは取扱説明書のとおり正しく使用し、安全点検、保清を心がけること。
 - シートに故障や損傷が生じた場合は、直ちに使用を中止し、届出をすること。
 - シートを他人に貸す等、記載内容以外の用途で使用しないこと。
 - シートを返却する際は、シートを清潔な状態にしておくこと(清掃やカバー洗浄など)。
 - シートの使用中に発生した事故等一切の責任を美祢市社会福祉協議会に問わないこと。

申請者	住所 美祢市 町	
	ふりがな	連絡先(電話番号)
	氏名	
シートを使用する幼児	ふりがな	生年月日
	氏名	平成・令和 年 月 日
シートを取り付ける車両	車両登録ナンバー	
借用台数	<input type="checkbox"/> 通常借用(台目) <input type="checkbox"/> 多胎児借用(台目)	
シート No.	(No.)	・借り換えや複数台の借用は別紙にて申請。 ・多胎児以外の複数台目の借用は 最長1ヵ月 。
借用期間 ※借用日から6ヵ月で更新手続きを行う。 最長借用期間は1年 。	借用期間	
	①初回の借用期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日	
	更新日：令和 年 月 日	確認者：
	②更新後の借用期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日	

チャイルドシート返却時

返却者氏名	令和 年 月 日 氏名
-------	-------------

<貸出時>

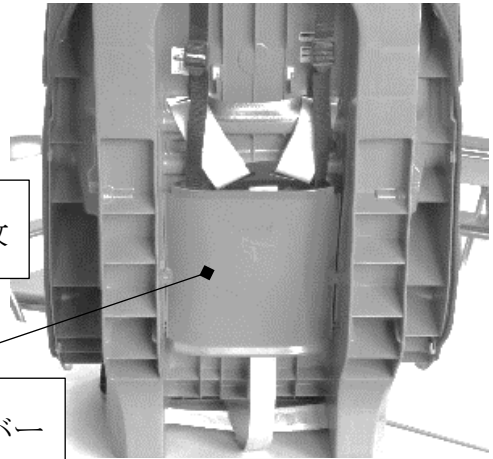


ヘッドパット

肩ベルトカバー 2枚

幼児ベルト収納カバー

取扱説明書



<備考欄> (例) 貸出時〇〇にシミやキズあり。

※使用後は、シートを清潔な状態(清掃やカバーの洗浄など)にして返却をお願いします。

<返却時>

シートの清掃

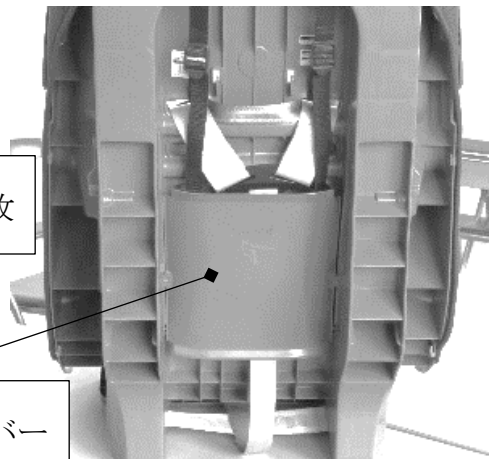


ヘッドパット

肩ベルトカバー 2枚

幼児ベルト収納カバー

取扱説明書



<備考欄>