

借 用 書

車イス (No.)

ポータブルトイレ

()

日高町社会福祉協議会 会長殿

令和 年 月 日

申請者・氏名

住 所

電話番号

携帯番号

次のとおり借用いたします。なお、使用中の事故等については、社会福祉協議会に対して一切の責任は問いません。

借用期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
ご利用者氏名			
借用目的			

社会福祉協議会記入欄

返却日 令和 年 月 日

相談方法	相談	対応方法
<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 介 護	<input type="checkbox"/> 電話
<input type="checkbox"/> 来所	<input type="checkbox"/> 在宅福祉	<input type="checkbox"/> 来所
<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 入 所	<input type="checkbox"/> 訪問
<input type="checkbox"/> 文書	<input type="checkbox"/> 医 療	<input type="checkbox"/> 文書
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他

相 談 内 容
<input type="checkbox"/> 助言・指導
<input type="checkbox"/> 在宅福祉サービス申請代行
<input type="checkbox"/> 在宅保健福祉サービスの広報
<input type="checkbox"/> 関係機関への連絡および調整
<input type="checkbox"/> その他（車いす貸出等）