決　　裁	事務局長	担当係長	担　当　者	受　付　者

福祉学習教材等 借　用　願　い

物品名（数量）	・高齢者疑似体験セット（　　セット） （※単品を借用の場合　　） ・視覚障害体験セット（　　セット）　・新生児抱き人形（　　体） ・磁気誘導ループ　・車いす（　　台）　・アイマスク（　　個） ・妊婦体験セット（　　セット）　・学習用ビデオ（ ・その他（　　）
使用目的	
使用期間	借用日　平成　年　月　日 使用日（期間）平成　年　月　日～平成　年　月　日 返却日　平成　年　月　日
責任者氏名及び連絡場所	グループ名 氏　　名 住　　所 電話番号
備　　考	

使用後は、物品に不足や破損が無いことを確認の上、速やかに返却します。
万が一、物品に不足や破損が生じた場合は、返却時に必ず申し出てください。
その場合、補足や弁償をしていただく場合がございますので、ご了承ください。

平成　　年　　月　　日

（福）菊川市社会福祉協議会長様

住所

申請者　氏名

TEL

＊返却受取時社協職員記載

平成　　年　　月　　日返却

菊川市社会福祉協議会受取職員名