

貸出決裁	所長		係		受付	
------	----	--	---	--	----	--

様式第1号

社会福祉法人美祢市社会福祉協議会 学童用チャイルドシート借用申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人美祢市社会福祉協議会 会長 様

申込者 住 所 美祢市 _____ 町 _____

電話番号 () _____

ふりがな
氏 名 _____

私は、借用条件を守り、下記のとおりチャイルドシート（以下、シートという。）の借用を申込みます。

- 《借用条件》
- シートは取扱説明書の通り正しく着用し、安全運転をすること。
 - シートは定期的に脱着し、安全点検や保清を心がけること。
 - 故障や損傷が生じた場合は、直ちに借用を中止し、届け出ること。
 - 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。
 - 使用後はシートを清潔な状態（清掃やカバーの洗浄など）にして速やかに返却すること。
 - シートの使用中に発生した事故等の責任の一切を美祢市社会福祉協議会に対し問わないこと。

記

シートを使用する学童	ふりがな			
	氏 名	生年月日：平成 年 月 日		
シートを取り付ける車両	登録番号（ナンバー）			
シートの借用台数	<input type="checkbox"/> 1台目 <input type="checkbox"/> 複数台目（ 台目） <input type="checkbox"/> 多胎児借用（ 台目）			
初回借用期間（最長2年）	借用日：平成 年 月 日		返却予定日：平成 年 月 日	
シート No.	(No.)		※借用日から6ヵ月毎に更新手続きが必要 ※借り換えや複数台の借用は別紙申請する ※多胎児以外の複数台目の借用は最長1ヶ月	
備考欄	<input type="checkbox"/> 取扱説明書 <input type="checkbox"/> 備考：			
更新日 学童用 更新3回まで		1回目	2回目	3回目
	更新日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	返却予定日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	確認者			

チャイルドシート返却時

返 却 日	平成 年 月 日 氏名		
備考欄	<input type="checkbox"/> 取扱説明書	<input type="checkbox"/> シートの清掃	<input type="checkbox"/> 備考：

※返却の際には、上記の「借用条件」を今一度ご確認ください。

※目視して明らかな汚れがある場合等、再度清掃をお願いすることがあります。

ご理解とご協力をお願いいたします。

返却確認者

--