| 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　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。

| | | |
|---|---|---|
| 申込者 | 住所　美祢市　　　　　　町 | |
| | ふりがな | 連絡先(電話番号) |
| | 氏 名 | |
| シートを使用する子 | ふりがな | 生年月日 |
| | 氏 名 | 令和　　年　　月　　日 |
| シート No. | (No.　　　　　　) | ・複数台の借用は別紙にて申込 |
| 借用期間<br>**※最長期間は借用日から２ヵ月** | 借用期間：令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 | |
| 付属品<br>(付属していることを確認し、□に✓を入れてください) | □　インナーパッド(乳児のみ) | □　説明書　　□　各金具 |
| 備考 | | |

≪借用条件≫　借用される方は次の確認事項にチェックを入れてください。

1 □　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。
2 □　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。
3 □　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。
4 □　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)。
5 □　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。

---

**チャイルドシート返却時**

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