**チャイルドシート申請書兼誓約書**

令和　　年　　月　　日

福）七飯町社会福祉協議会

**－**

　　　会長　伊藤　千惠子　様

**ご申請者 記入欄**

**借用日時 令和 　年　月　日 ～ 令和 　年　月　日**

**ご 住 所　七飯町　　　　　　　　　　　　　　　町内会名　　　　町内会 社協会員 加入・未加入**

**電　　話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話**

**氏　　名　　　　　　　　　　　　　印　　　　　お子様の氏名　　　　　　　　　　年齢　　 　歳**

上記のとおり申請させていただきますので、承認よろしくお願い致します。

***誓　　　約　　　書***

・破損、汚損、紛失の際は速やかにご連絡下さい。

・より長く使用していただくために、綺麗にしてからお返し下さい。

・無断で譲渡、貸出及び売買は禁止です。

・万が一、期限内に返却出来ない場合は必ずご連絡下さい。

**・貸出期間はおひとり様3ヶ月間です（延長はできません）**

※あくまで一時的にお貸しするものです。

より多くの方にお使いいただく為に、使用期限は必ずお守り下さい。

※お貸ししたチャイルドシートでの事故等について、

当協議会は責任を負いかねますのであらかじめご了承下さい。

*ご申請者 身分証*

上記のとおり同意します

**氏 名　　　　　　　　　　印**