福祉機器貸出台帳

□　車椅子　　　□　電動ベッド　　　□　シルバーカー　　　□　シャワーチェア（背有、無）

□　浴槽台　　　□　エアマット　　　□　点滴スタンド　　　□　杖　　　　　　　　　　□　バスボード　□　バスグリップ

※記入して下さい

□　その他

貸し出し期間　　※期間は最長３ヶ月間。

平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日　迄

返却日

平成　　年　　月　　日返却されました。

氏　　名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住　　所 ：

電話番号 ：

使用者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　使用者年齢　　　　歳

貸し出しを担当した人が名前を記入してください→担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　様控え

返却の際こちらの控えをお持ち下さい。

□　車椅子　　　□　電動ベッド　　　□　シルバーカー　　　□　シャワーチェア（背有、無）

□　浴槽台　　　□　エアマット　　　□　点滴スタンド　　　□　杖　　　　　　　　　　□　バスボード　□　バスグリップ

※記入して下さい

□　その他

貸し出し日　　※期間は最長３ヶ月間。

平成　　年　　月　　日

返却期日

平成　　年　　月　　日までに返却してください。

担当者

社会福祉法人　　七飯町社会福祉協議会

七飯町本町４丁目８－１　　電話　６５－２０６７

※お貸しした機器等の事故について、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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他、お気付きになった点がございましたらお気軽にご相談下さい。