

所 長	副所長／部長	主 査	所 員

疑似体験用具借用申請書

借用品目	借用期間	借用目的
車いす 台	令和 年 月 日() 時 分頃 S S	
アイマスク 枚		
高齢者用具 S セット		
L セット		
	令和 年 月 日() 時 分頃	備 考

上記の通り福祉センターの疑似体験用具を借用させていただきよう申し込みます。
借用する備品につきましては、き損または紛失させた場合、責任を持って(株)アメックス熊本より購入し弁償することを誓約いたします。(株)アメックス熊本(熊本市尾ノ上1丁目3-9、電話096-384-6565)

令和 年 月 日

借用人 住 所

団 体 名

氏 名

電話番号

熊本県身体障がい者福祉センター所長 様

貸 出 日 [貸 出 時 に 記 入]	借用人氏名	状 況	立会人
		※ 記入不要	
返 却 日 [返 却 時 に 記 入]	返却人氏名	状 況	立会人
		※ 記入不要	