

# 機材等利用申込書

団体及び代表者名 (個人の場合は氏名)	
住所 及び 電話番号	〒  ( )
利用機材等	視聴覚機材 福祉ビデオ・図書 タイトル 16ミリフィルム 車椅子(介助式・自走式・片麻痺) 高齢者擬似体験グッズ 妊婦体験グッズ・抱き人形(新生児) 視聴覚障害体験グッズ その他
利用期間	年 月 日 ~ 月 日
返却日	年 月 日 午前 ・ 午後
利用場所	
利用目的	
別紙の利用案内を守り、以上の内容で申し込みます。  年 月 日 利用申込者氏名	

(事務局記入欄)

貸出日	年 月 日 午前 ・ 午後	受付者	
返却日	年 月 日 午前 ・ 午後	確認者	
備考			

社会福祉法人 川崎市社会福祉協議会  
当日、原本をご持参下さい。(予約時はFAXでも可)