

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		種 別	数 量
	<input type="checkbox"/>	車椅子(介助式・自走式・片麻痺)	
	<input type="checkbox"/>	高齢者擬似体験グッズ	
	<input type="checkbox"/>	妊婦体験グッズ・抱き人形(新生児)	
	<input type="checkbox"/>	視聴覚障害体験グッズ	
	<input type="checkbox"/>	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			