

福祉用具等貸出依頼書

公益財団法人

こうべ市民福祉振興協会 御中

所在地

(依頼人)

学校等名称

代表者名

下記のとおり福祉用具の貸出を依頼いたします。

| 項目 | 内容 |
|---------------|--|
| 使用目的 (簡単に) | |
| 貸出希望用具 | <u>○車いす</u> 台 <u>○白杖</u> 本 <u>○アイマスク</u> 枚 <u>○高齢者疑似体験セット</u> 組 <u>○点字盤</u> 台 <u>○DVD 車いすの人に出会ったら</u> 枚 <u>○DVD 目の不自由な人に出会ったら</u> 枚 |
| 貸出希望日 | (貸出開始日時) (返却予定日時) 令和 年 月 日() 時 分 ~ 令和 年 月 日() 時 分 |
| 連絡先 | ご担当 (氏名) 電話番号及び FAX 番号 |
| 備考 | |

◎必要事項を記載のうえ、下記あてFAXしてください。なお、本書は貸出当日にご持参ください。

(お申込み先・お問い合わせ先)

公益財団法人 こうべ市民福祉振興協会 福祉推進課 ユニバーサル振興担当

電話 (078) 743-8193 FAX (078) 743-8180