

FAX:047-431-2678 でお申し込みください

福祉器材借用申込書

令和 年 月 日

船橋市社会福祉協議会会長 様

福祉器材名および個数	車イス	台
	アイマスク	個
	高齢者疑似体験グッズ	セット
	その他( )	
授 業 科 目		
学 年 ・ 人 数		
借 用 期 間	借用日	返却日
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

上記のとおり借用願います。

学 校 名

申 込 者 名

印

住 所

T E L ( )-( )-

受 領 証

上記福祉器材を確かに返却していただきました。

令和 年 月 日

社会福祉法人 船橋市社会福祉協議会

船橋市ボランティアセンター

印

船橋市本町 2-7-8 福祉ビル3階

TEL:047-431-8808 FAX:047-431-2678