

園 長	副園長	施設福祉課長	相談課長補佐	生活相談員	事務主任	事務員	受付者

車椅子無料借入 申込書

札幌市稲寿園施設長 殿

申 請 者	住 所		※確認
	申請者氏名	印	
	使用者氏名		
	連 絡 先	() —	
使用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間		
車椅子No.	No.	台 数	台
使用目的			

※ 住所を確認できる書類を提出頂き、写しを申込書に添付。申込者へ写しを控えとして渡す。

◎ 貸与条件等

- ① 原則貸出期間は1週間以内です。それ以上の期間でご使用になりたい場合はご相談下さい。
- ② 車椅子を他の目的に使用したり、転貸や担保等に供しないこと。
- ③ 破損等が発生した場合は必ずお申し出頂き、故意、過失または信義則上これと同視すべき事由で破損させた場合のみ、借主に修理代など負担して頂きます。
但し、滅失した場合は過失の有無によらず弁償頂きます。
- ④ 使用中に発生した事故等による負傷その他障害等は、すべて借主の責任となります。
- ⑤ 配送は致しませんので、貸出・返却時は必ず借主等が来園して下さい。
- ⑥ 申込頂いた後、やむを得ない事情でお断りすることがあります。その際は事前にご連絡致しますので、あらかじめご了承ください。

◎ 貸出確認欄

貸出年月日	平成 年 月 日
受取者氏名	

貸出確認印
印

※職員等

◎ 返却確認欄

返却年月日	平成 年 月 日
返却者氏名	
破 損 等 (○で囲む)	有 り ・ 無 し

返却確認印
印

※職員等