

受付No. _____

福祉体験グッズ貸出申請書

年 月 日

社会福祉法人神戸市社会福祉協議会
垂水区社会福祉協議会 様

団 体 名 _____

代表者住所 _____

役職・氏名 _____

担当者氏名 _____

連絡先 ☎ (078) _____ - FAX(078) _____

下記のとおり福祉体験グッズの貸出を申請します。

記

| | | | | |
|------------------------|--------------------|--|---------------------------------|-------------------|
| 貸出 グ ズ | 高齢者 疑似体験 セット | _____セット (8セットまで) | サイズ： L(1)・M(5)・S(2) | × _____セット |
| | アイ マスク | 枚 (50枚まで) | 1枚から貸出可能 | × _____枚 = _____枚 |
| | 簡易 点字板 | 枚 (40枚まで) | 7.5 cm×20 cm 点筆付き・点字用紙なし | × _____枚 = _____枚 |
| | 白 杖 | 本 (10本まで) | 視覚障害者用・折りたたみ式 折りたたんだ状態で30 cm | × _____枚 = _____枚 |
| | 車いす | 台 (7台まで) 【福祉体験用車】 1 2 3 4 5 6 7 | | × _____台 = _____台 |
| ※貸出期間は最大5開庁日です。 | | | | |
| 貸出期間 | | 【貸出日】 年 月 日 () < 時 分 受取予定 > 【返却日】 年 月 日 () < 時 分 返却予定 > | | |
| 使用 目的 | 行事名 行事内容 | | | |
| | 実施日 | 年 月 日 () : ~ : | | |
| | 実施場所 | | | |
| | 対象者 | 小・中・高 学校 _____年生 () 名 ・ 成人 () 名 | | |
| 返却確認 | 年 月 日 () 返却確認者 : | | | |

受付印

| | | | | | |
|----|----|----|----|----|-----|
| 承認 | 部長 | 課長 | 担当 | 担当 | 起案者 |
| | | | | | |

FAX 済 (/ :) 担当 : 電話 済 (/ :) 担当 :
【連絡先】 社会福祉法人 神戸市社会福祉協議会
 垂水区社会福祉協議会
 垂水区日向1丁目5-1 垂水区役所2階
 TEL. 708-5151 FAX. 709-1332
 (直) 709-1333