

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