

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 宛

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)	サイズ希望：L(1)・M(5)・S(2) × _____セット × _____セット × _____セット
	アイマスク	_____枚 (50枚まで)	1枚から貸出可能
	簡易点字板	_____枚 (40枚まで)	7.5cm×20cm点筆付き・点字用紙なし
	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30cm
	車 い す	_____台 (7台まで) ※自走式5台・介助式2台 【福祉体験用車】 1・2・3・4・5・6・7	自走式 _____台 介助式 _____台
	車いすスロープ (段差解消用スロープ)	_____台 (1台まで)	
貸出期間 (※貸出期間は最大5開庁日)		【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	部長	課長	担当	担当	起案者
認					

【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

☐FAX済 (/ :) 担当： ☐電話済 (/ :) 担当：