

チャイルドシート等利用申込書

申込年月日 年 月 日

社会福祉法人 赤磐市社会福祉協議会 殿

下記のとおりチャイルドシート等の利用を申込します。

記

申込者氏名		利用乳幼児 との続柄	
住 所			
電 話 番 号			

利用乳幼児	氏 名		年 齢	歳
	住 所		体 重	kg
貸 出 物 品	<input type="checkbox"/> チャイルドシート (No.) <input type="checkbox"/> ジュニアシート (No.)			
申 込 理 由				
貸 出 期 間	年 月 日 () から 年 月 日 () まで			
備 考				

社 協 記 入 欄

課長	事務所長	係

社協受付印