

チャイルドシート等貸出申請書

善通寺社会福祉協議会会長 様

申請者 住所 善通寺市_____町_____

氏名 _____印

電話 _____

次のとおり、チャイルドシート等貸出に関する運用要綱により貸出を申請します。

使用者 (子どもの 氏名)	か な 氏 名			性 別	男・女
	生年月日	年	月	日	(歳)
借用者 (借りられる 方)	住 所	善通寺市 町			
	電話番号	()	-		
	か な 氏 名			使用者と の続柄	
使用車種			車両番号		
利用機種	ベビーシート チャイルドシート ジュニアシート				
貸出No.	ケイ ・ 社協 一 _____ (クリップNo. _____)				
借用期間 (原則3か 月)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				

※添付書類 運転免許証の写し

(事務局欄)

事務局長	係長	係

第2号様式（第5条関係）

チャイルドシート等借受書

使用者	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日 （ 歳）		
借用者	住所	善通寺市 町		
	氏名		電話番号	
貸出期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日			
シート番号	ケイ・社協 一 [] : クリップNo. []			

チャイルドシート等の使用上の注意

1. チャイルドシート等の貸出は、**原則3か月まで**とします。ただし、3か月を超えての貸出を希望する場合は、電話連絡等により更に延長することができますが、在庫に限りがありますので、基本的には、速やかにご返却ください。
(連絡先：善通寺市社会福祉協議会 法人運営係 ☎ 0877-62-1614)
2. 貸出用のチャイルドシート等は、市民の方から寄附していただいたものを活用しております。したがって、取扱いに関しては各自でHP等を確認し、安全にご活用ください。
3. 善通寺市社会福祉協議会（以下「本会」という。）は、借用者がチャイルドシート等を使用中に何らかの損害賠償等を負っても賠償責任は一切負いません。
4. 借用中のチャイルドシートの管理責任は借用者にあります。次の方に貸し出せるよう、適切に管理をお願いします。また、破損した場合は速やかに、本会にお申し出ください。
5. チャイルドシート等返還時には清掃し、「付属品」がある場合はあわせて、返却してください。
6. 転出、その他の事由により善通寺市に住所を有しなくなった場合は、速やかにチャイルドシート等を返還して下さい。
7. 虚偽の申請により、借用した場合は、直ちにチャイルドシート等の返還を求めます。

上記、使用上の注意事項を守ると共に、チャイルドシート等貸出に関する運用要綱を遵守し、チャイルドシート等を借用します。

善通寺市社会福祉協議会長 様 令和 年 月 日

(借受者)

住所 善通寺市 町

氏名 印

.....