様式第５号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

白子町社会福祉協議会長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

**返　　却　　書**

令和　　年　　月　　日付け、借用いたしました車椅子を返却いた

します。

　　＊あなたの返却予定日は、令和　　年　　月　　日です。

　　＊車椅子を返却するときに、必ず白子町社会福祉協議会にお持ち

下さい。返却書と交換に借用書をお返しします。

　　＊連絡先　　白子町社会福祉協議会

　　　　　　　　　　　☎（３３－５７４６）