様式第４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

**借　　用　　書**

使用台数　　　　車椅子　　　　　台（No.　 ）

　　　　　使用期間　　　　令和　　年　　月　　日から

　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日まで

　　　　　　　　上記のとおり借用いたしました。