

体験備品利用申込書

社会福祉法人 堺市社会福祉協議会 地域福祉推進係 宛

【TEL：072-232-5420 (代) / FAX：072-221-7409】

		申込日	年	月	日
利用申込者	団体名：		担当者氏名：		
住所	堺市	区	電話番号	-	-
			FAX番号	-	-
利用期間	貸出日		返却日		
		年	月	日 ()	~ 年
				月	日 ()

※ 利用期間は最長2週間まで

以下、当てはまる項目の□に✓をして () 内に詳細をご記入ください

利用する方	<input type="checkbox"/> 子ども () 名)	利用場所	<input type="checkbox"/> 屋内 ()
	<input type="checkbox"/> おとな () 名)		<input type="checkbox"/> 屋外 ()
利用目的	<input type="checkbox"/> 体験学習 (学習目標：)		
	<input type="checkbox"/> 職員研修 (研修目標：)		
	<input type="checkbox"/> そのほか ()		

利用を希望する備品に ✓と数量 をご記入ください

✓	備品名	数量	貸出上限	備考
	白杖 (おとな用)	本	15本	
	白杖 (子ども用)	本	15本	
	アイマスク	枚	20枚	
	シミュレーション (視覚障害体験) ゴーグル	個	8個	
	点字ブロック	セット	1セット	
	点字器 (プラスチック製)	個	25個	
	車イス	台	10台	
	シニアポーズ (大)	セット	5セット	
	シニアポーズ (小)	セット	5セット	

◎ 貸し出し中に生じた備品の紛失・破損等の原状回復に係る負担は、原則申込者です。

◎ 備品の貸出・返却の際は、運搬などにご協力おねがいします。

※以下、堺市社会福祉協議会が記入します

処理欄	課長	課長補佐	係長	担当者	受付	台帳