

学 校 用

FAX:047-431-2678 でお申し込みください

福祉器材借用申込書

船橋市社会福祉協議会会長 様

申込日 令和 年 月 日

返却日 令和 年 月 日

No.	用具	内容、大きさ等	借用希望	チェック
1	車椅子	長さ 105 cm/高さ 90 cm/幅 70 cm	台	
2	高齢者疑似体験セット (大人用)	重りバンド(手足首用)、杖 サポーター(ひじ・ひざ)、ゼッケン 視覚障害体験グラス	セット	
3	高齢者疑似体験セット (小人用)	重りバンド(手足首用)、杖 サポーター(ひじ・ひざ) 視覚障害体験グラス他	セット	
4	アイマスク	布製	個	
5	白杖	プラスチック製	本	
6	点字板	プラスチック製	個	
7	妊婦体験ジャケット	腹部重り約 3.5kg、内側粒約 1kg× 3 個、胸衣約 0.6kg	個	
8	点字ブロックシート	2種類	個	

上記のとおり借用願います。

学 校 名	
申 込 者 名	Ⓜ
住 所	
T E L	— —
授 業 科 目	
学 年 ・ 人 数	第 _____ 学年 _____ 人
借 用 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※貸出期間は数に限りがあるため1週間程度となっております。