

# チャイルドシート貸出申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人  
糸魚川市社会福祉協議会長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

以下のとおり、チャイルドシートの利用を申請します。

利用目的			
利用期間	受取日時	令和 年 月 日 ( )	午前・午後 時 分頃
	返却日時	令和 年 月 日 ( )	午前・午後 時 分頃
備 考			