

福祉用具の物品借用書

受 付

住所 _____

機関 _____

責任者 _____ 印

物品名・個数	物品名	個数
使用期間	年 月 日 時 分 ～ 年 月 日 時 分	
目的		
取り扱い説明	要・不要（○印記入） 要の場合のみ 年 月 日 午前・午後 時	
担当者		
電話番号		

※必ずお電話で予約状況をご確認ください。

※この用紙は事前にファックスで送付の上、借用当日にご持参ください。

※借用された物品が破損した場合、弁償していただく場合があります。

※貸出期間は原則一週間とさせていただきます。

徳島県介護実習・普及センター
 徳島市国府町東高輪字天満356番地1
 月～土 9:00～17:00
 日・祝休み
 TEL:088-642-5113
 FAX:088-642-5003 (担当:稼勢)