

局長	次長	係長	係

令和 年 月 日

福祉自動車借用書

社会福祉法人
善通寺市社会福祉協議会

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 使用者との続柄() _____
 電話番号 _____

次のとおり、福祉自動車を借用いたします。

使用者 (要援護者)	住所					
	氏名		電話番号			
	身体状況					
使用日時	令和 年 月 日()	自	時	分		
	令和 年 月 日()	自	時	分		
行き先		予定走行距離	約	km		
使用目的	1.通院 2.入退院 3.買物 4.研修 5.グループ活動 6.その他()					
運転者氏名		介助者氏名				
使用予定 車輛 (軽・AT)	1) ハイゼット スローパー (車いす使用車 スロープ式) 2) スズキ ワゴンR (助手席回転スライドシート)					
使用条件	1. 自動車を使用中に起こした事故については、その原因が真にやむを得ない事情等により会長が特に必要と認めた場合を除き、使用者がその責任において処理するものとし、社協は一切の責任及び費用を負わないものとする。 2. 使用後は清掃をするとともに、運行日誌に必要事項を記入すること。 3. 使用者(要援護者)が乗車していない場合は利用できません。(ただし、社協や自宅等への送迎時を除く。) ※上記の条件を守れない場合は、車輛の貸出を中止する場合があります。			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">確認印又は署名</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	確認印又は署名	
確認印又は署名						