

借用願

令和 年 月 日

大野城市障がい者施設団体連絡協議会 様

住 所 _____

団体名 _____

申請者 _____ ⑩

TEL _____

記

貴会の機材につきまして、付帯条件を承諾の上、借用いたしたいので貸与くださいますようお願いいたします。

機材名	
使用目的	
貸出期間	令和 年 月 日() ~ 月 日()まで
使用場所	
付帯条件	①紛失または破損した場合は、相当額を弁償します。 ②又貸しはいたしません。 ③破損等のまま返却したときは、修理を当会で رفتても修理代に対して不服なく弁償します。 ④この機材借用中の事故・怪我等については、借用側にて責任をお願いいたします。

社協	施設

■申込・受付:大野城市社会福祉協議会 ☎572-7700 FAX593-5829

■保管場所:はまゆうワ-ケンタ-大野城

☎513-0337 FAX513-0338 〒816-0911 大野城市大城 5-28-3