

車椅子利用申請書

年 月 日

社会福祉法人ふじみ野市社会福祉協議会
会 長 様

住 所 _____

申請者 団体名 _____

氏 名 _____

電 話 ()

車椅子番号	NO.
使用目的	
使用年月日	年 月 日 () 時 分から 年 月 日 () 時 分まで
備 考	※ 使用終了後はすみやかに返却して下さい。