

チャイルドシート申込書

平成 年 月 日

上川町安全安心協会長 様

申込者住所

氏名 ⑩

電話番号

チャイルドシートの無料貸出しについて、下記の条件に同意し申込みます。

使用乳幼児	氏 名	
	生年月日	
使用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
申込者が保護者と違う場合	保護者住所	
	保護者氏名	
	保護者との関係	
	無料貸出し確認事項	<input type="checkbox"/> 無料貸出し期間満了日までに返却します。 <input type="checkbox"/> 最大無料貸出期間は半年までです。 <input type="checkbox"/> 紛失、破損、汚損等があった場合の費用については、実費負担します。 <input type="checkbox"/> 連絡先に変更があった場合には連絡し、町外転出の場合は返却します。 <input type="checkbox"/> 貸出者には、一切の賠償責任を求めません。

貸 出 日		返 却 日		貸出番号
平成 年 月 日		平成 年 月 日		
担当印		担当印		
破損・汚損 有 無		破損・汚損 有 無		