チャイルドシート申込書

　　年　　月　　日

上川町安全安心協会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者住所

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

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 | 　　　年　　月　　日　～　　　　　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 | ☐無料貸出し期間満了日までに返却します。☐最大無料貸出期間は半年までです。☐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。☐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。☐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 |
| 　　　　年　　月　　日 | 　　　　年　　月　　日 |  |
| 担当印 |  | 担当印 |  |
| 破損・汚損　　有　無 | 破損・汚損　　有　無 |